UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

Faculté de Médecine de Créteil

54

Année 1972

THESE

Pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

- DIPLOME D'ETAT -

Par

Monsieur REBUT - Né le 6 Avril 1946 à PARIS

Ancien externe des Hôpitaux de PARIS.
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le :

- A PROPOS DE DEUX AGORAPHOBES -

PRESIDENT : Monsieur le Professeur BOURGUIGNON.

UNIVERSITE PARIS - VAL DE MARNE

- FACULTE de MEDECINE de CRETEIL -

ANNEE 1972

THESE

Pour

LE DOCTORAT en MEDECINE

- DIPLOME d'ETAT -

Par

Monsieur REBUT - Né le 6 Avril 1946 à PARIS

Ancien externe des Hôpitaux de PARIS.
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

Présentée et soutenue publiquement le :

- A PROPOS de DEUX AGORAPHOBES -

Président : Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de PARIS

Robert MALLET.

VU
Le Doyen de la Faculté de Médecine
de CRETEIL

M. RAPIN

VU
Le Président de Thèse

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549217_0005

A Monsieur le Professeur Agrégé BOURGUIGNON qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre Jury de Thèse.

Aux membres de notre Jury de Thèse.

A nos maîtres d'externat.

Mr le Professeur Agrégé MEARY, chirurgien des Hopitaux

Mr le Professeur Agrégé ROUX , chirurgien des Hopitaux - Membre de l'Académie de chirurgie

Mr le Professeur Agrégé MAHOUDEAU, médecin des Hopitaux

A Mme le Dr AMADO

A Mme le Dr CHAIGNEAU

A Mr le Dr ROELENS

qui durant notre temps d'internat nous ont guidé de leur expérience.

INTRODUCTION

"La bêtise, essentiellement milite. Elle sert des systèmes qui se prétendent de première utilité parce qu'ils sont raisonnables. L'innocence, elle, est capable d'attirer l'attention des hommes les meilleurs pour les persuader que, plus loin que des solutions hâtives à des problèmes mal connus et mal posés, une folle sagesse, plus savante que les livres, affirme tranquillement des vérités qui n'ont rien à faire avec le mensonge.

__ Commère, j'ai bien vu:
J'ai vu une anguille
Qui coiffait sa fill'
Au haut d'un clocher.
.....

__ Commère, j'ai bien vu:
J'ai vu une mouche
Qui s'rinçait la bouche
Avec un pavé.
.....

Puisque ce qu'elle a vu n'a rien à faire avec ce qu'elle n'a pas vu".

Paul ELUARD

L'agoraphobie - La peur du dehors, de l'extérieur, de ce qui se rencontre dans la rue ou sur la place publique, de celui ou de celle qui pourrait s'y trouver, de cet autre qu'elle évoque irrésistiblement, autre objet d'un désir à ce point affolant que le lointain rappel de son évocation suffit au sujet pour qu'il se trouve pris dans le vertige d'une angoisse atroce comme au bord de la faille où tout son être risquerait de se désintégrer.

Alors que faire : Mettre de la distance, la plus grande possible -
Rester chez soi - dans sa chambre - dans son lit -
Et du fond de son lit, appeler à l'aide - Ou ne pas appeler, en attendant celui qui éventuellement, entendra quand même.
Car au fond du lit, le danger persiste - On croirait même qu'il se rapproche -
Et la mère frappe à la porte pour demander si l'on n'a besoin de rien -

C'est ainsi que j'ai été amené à en rencontrer deux. Au fond de leur lit le visage enfoui sous les couvertures. Une mèche de cheveux sales faisant signe de la présence -

Dans ce travail nous avons arbitrairement mis en parallèle ces deux malades, tous deux taxés de schizophrénie, parce qu'à une étape de leur évolution morbide ils ont présenté des symptômes très similaires sur une structure qui s'est avérée fondamentalement différente -

Symptômes similaires puisqu'il s'agit dans les deux cas d'une régression massive, à ce point massive que d'aucuns n'hésiteraient pas à la qualifier d'intra-utérine, régression surgissant et évoluant au sein même de la famille, dans le contexte de conduites d'évitement interdisant tous contacts sociaux, et même toute relation à l'autre quel qu'il soit -

Structuralement il s'est rapidement avéré certain que si le premier de nos malades, Jean-Pierre, était effectivement psychotique, Daniel par contre ne se pouvait comprendre que comme névrosé -

Nous avons d'abord cherché les écoutant tous deux de la même oreille, à entendre dans leur discours, à percevoir dans leur évolution, ce qui pourrait soutenir la différence structurale que d'emblée nous avions notée grâce aux références théoriques de la psychiatrie telle qu'elle nous avait été enseignée -

Cette question délicate nous a dans un premier temps conduit à quelques réflexions sur la nosographie psychiatrique -

Dans un deuxième temps nous avons tenté de montrer que le terme de phobie pouvait résumer le symptôme majeur qui affligeait nos deux patients, de la même manière qu'il est actuellement parfaitement admissible de parler de phobie en psychiatrie d'enfant indépendamment du degré de destructuration -

Il nous a semblé que la phobie était sans doute le plus archaïque des symptômes , ce qui expliquerait sa relative universalité, indépendant de la structure sur laquelle il se rencontre - Ceci bien sûr n'exclut pas l'existence d'une "névrose phobique" en tant que concept cernable cliniquement -

- 1 -

Que le psychiatre éprouve un certain malaise à faire le lien entre la clinique et la nosographie, il n'est pour s'en convaincre que de faire un rapide examen des applications du terme schizophrénie dans les divers services psychiatriques de la région parisienne, pour ne pas parler des hôpitaux plus lointains, moins communicants, ou encore de l'acceptation internationale du terme, car s'y réveille le mythe de la tour de Babel.

Le dossier d'un malade chronique dont l'état est, parait-il, resté inchangé depuis des décennies, permet parfois au fil de certificats annuels de faire le tour de la nosographie.
Ce qui se manifeste là, lors de la plus scientifique des taches du psychiatre, mettre un nom sur les choses, dans sa discordance, c'est la discordance des idéologies qui foisonnent dans le champ psychiatrique comme fausse ivraie dans les jachères, comme dans toute technique qui ne pouvant s'appuyer que sur des bribes de discours scientifique laisse la voie libre à celui des bonnes intentions, dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles trouvent dans la pathologie psychiatrique un large éventail d'applications qui va de la psychochirurgie à l'application "thérapeutique" de la revendication politique.

Encore faudrait-il que les psychiatres donnent l'impression de travailler sur un même matériel, quitte à ce que les divergences dont les descriptions qu'ils font, soient mises sur le compte des préjugés de causalité.
Or il n'en est rien et qui plus que le psychiatre, promu à la fonction d'oreille, illustrera que l'émetteur reçoit du récepteur son message inversé.

Jean-Pierre dira l'un, me dit des choses de peu de sens quand il répond à mes questions ; sans doute qu'il n'y comprend rien. Croyez-moi, c'est un débile ; à quoi son confrère lui démontrera que ces choses de peu de sens sont proprement insensées et qu'il faut en conclure que ce garçon est fou. A quoi les derniers arrivants dans la profession répliqueront que si ce garçon n'a pas le sens commun, ça ne prouve pas qu'il soit fou, que nous le sommes autant que lui, mais que lui en plus il dit la vérité.
Et d'ériger la parole du malade en parole d'évangile dans des expériences où l'on regrette que ne puisse apparaître un authentique Chaman, qui lui question maladie mentale en connait un bout, et pas pour la nier.

Que la vérité parle dans la maladie mentale, comme elle parle en chacun de nous, c'est indéniable, mais il n'a jamais été dit que quand elle parlait, c'était pour dire la vérité. Il y en a même qui ajoutent qu'elle ne dit la vérité que lorsqu'elle ment.
Au terme de ce bilan, la première impression que l'on a du malade est d'avoir affaire à un incompris.
Le plus souvent s'il reste incompris c'est faute d'avoir été écouté, car on a bien souvent cherché à entendre juste ce qu'il fallait pour qu'au terme de l'entretien soit posé un diagnostic.

Quelle est donc la fonction du diagnostic en psychiatrie ? Quelles en sont les implications ?

- 1 - Première fonction : Nommer ....

Le vocabulaire psychiatrique, le terme diagnostic en particulier servant tout d'abord essentiellement dans les communications verbales ou écrites entre psychiatres, doit permettre de désigner de façon suffisamment rigoureuse, ce dont on parle.

Avant Kraeplin, le vocabulaire était à ce point fluctuant qu'il faut se repérer sur les exemples cliniques donnés pour se repérer dans le découpage terminologique.

Depuis la classification des psychoses du début du siècle et la révolution psychanalytique l'on peut avoir parfois l'impression que le découpage nosologique, établi en fonction de la sémiologie correspond à une réalité du phénomène observé, réalité confirmée par sa répétition naturelle, parfois même par une étiologie commune à telle ou telle maladie, bien que l'on soit sorti du modèle constitué par la syphilis sur lequel l'on espérait que se constituerait la totalité de la nosologie psychiatrique.

En fait il s'avère qu'à un signifiant donné correspondent des signifiés dont l'écart croit au moins autant avec la distance idéologique qu'avec la distance géographique.
Cette gêne à un niveau scientifique n'est pas la plus conséquente semble-t-il. Etabli sur un modèle médical, le diagnostic psychiatrique sert à établir un pronostic et l'on sait que c'était là une des principales fonctions du psychiatre d'autrefois.

- 2 - Deuxième fonction : Prévoir ....

L'objectivation nosographique devient dramatique lorsqu'elle installe le malade dans un rôle, le fige dans une pathologie dont il ne demandait parfois qu'à s'échapper.
Rien de pire qu'un verdict. Différent par là du verdict médical, beaucoup plus justifié scientifiquement et qui est souvent communiqué au malade pour qu'il accepte la thérapeutique ; le verdict psychiatrique est toujours destiné à des tiers, familles, administrations, voire appareil d'état.

Du diagnostic qui a été porté sur lui, le malade n'a qu'à subir les conséquences et qu'il souffre plus des conséquences d'un diagnostic que de celles de sa maladie elle-même, surtout s'il est exact, est hélas un accident fréquen

Un exemple nous aidera à en montrer le mécanisme.

Robert est l'ainé d'une très nombreuse famille qu'il fait vivre par son travail.
Sans antécédent, il commet vraisemblablement une tentative d'agression sexuell sur une femme qui passe, agression minime puisqu'il se contente de toucher un sein. On crie au satyre, le garçon prend la fuite, ça finit au commissariat au tribunal, chez l'expert. L'expert ne se prononce pas mais déclare que le sujet a besoin d'une aide psychiatrique. C'est donc un an et demi après - car tout cela prend du temps - que Robert est conduit chez le psychiatre à fin de thérapeutique. Celui-ci déduit des faits et de l'attitude réservée du sujet, qu'il s'agit certainement là d'un schizophrène.
Peu importe que le diagnostic ait été érroné la gravité des faits vient de la sanction thérapeutique. Puisque ce sujet est schizophrène il a besoin d'un

traitement, et voici Robert, tout à fait adapté à son travail et dans la vie de tous les jours, mis à une forte dose de neuroleptiques désinhibiteurs.

Un incident fâcheux survient et notre malade, car il l'est maintenant, pourvu de manifestations extra-pyramidales intenses et d'un syndrôme végétatif, fait trois hôpitaux généraux avant d'aboutir au C.P.O.A. puis à l'hôpital psychiatrique, d'où il peut sortir guéri de sa pathologie iatrogène, mais profondément marqué.

Il est évident que le psychiatre qui a vu Robert a été très gêné dans son action par la nécessité où il se croyait d'avoir à poser un diagnostic chez un patient qui était à vrai dire inclassable dans la nosographie, mais qui posait par contre des problèmes existentiels évidents qu'une simple écoute interrogative, en dehors même de tout vouloir psychothérapique, aurait aidé à mettre à jour.

Dans le doute il est classique et justifié en médecine de traiter pour le pire. Dans la spécialité psychiatrique, et le cas décrit est loin d'être unique, il peut s'agir d'une intervention catastrophique pour l'avenir du sujet.

Un tel phénomène d'aliénation par le diagnostic est encore plus fréquent en psychiatrie infantile, où la ségrégation précoce des enfants à problèmes amène bien souvent à en faire des inadaptés définitifs.

Nous pouvons conclure avec Maud Manoni.

"Un diagnostic c'est un point de reprise pour le médecin. Pour le malade, un diagnostic n'a pas grand sens, il ne sait qu'en faire. Il s'agit de l'aider à dépasser un verdict, et ceci ne peut être fait qu'à partir du dialogue ; encore faut-il pouvoir l'instaurer".

- 3 - Troisième fonction : Traiter ....

Le psychiatre est aussi celui qui sur la base du diagnostic, prescrit des médicaments.

Nous avons vu l'imprécision qui règne sur les notions de diagnostic, et qui est source d'interminables palabres dans les services spécialisés (parler des malades étant une bonne ressource pour ne pas parler avec eux).

Il n'empêche qu'armé du phare de ce diagnostic, il va chercher dans les spécialités proposées le ou les médicaments dont l'application sera aussi spécifique que possible.

Pour ce faire il existe la classification des psychotropes de Delay et Deniker. Rassurante, elle semble permettre de passer du syndrôme clinique à l'indication médicamenteuse dans une démarche très proche de celle en vigueur en médecine somatique.

En fait il est apparu ces dernières années un grand nombre de psychotropes difficilement classables, chevauchant plusieurs catégories auparavant considérées comme spécifiques.

D'autre part les indications de psychotropes se sont considérablement renouvelées et débordent de plus en plus sur le terrain des affections organiques, tandis que paradoxalement les prescriptions de ces mêmes psychotropes et singulièrement des neuroleptiques, autrefois considérés comme spécifiques des affections psychotiques, ne cessent de diminuer dans les établissements psychiatriques.

Il semble que l'explication de ce phénomène soit à rechercher dans une évolution de la conception de la maladie mentale, et même de la maladie en soi.

La médecine est en voie de reconsidérer sa vision de l'homme malade, autrefois considéré suivant l'optique quelque peu fétichiste d'une juxtaposition d'organes et d'appareils, soigneusement étudiés individuellement mais dont les rela-

tions au sein de l'être étaient peu abordées.

Il semble que la prescription massive de psychotropes en médecine générale et dans les spécialités organiques témoigne d'une prise de conscience, certes encore maladroite, qu'un organe malade est un témoignage de l'être auquel il appartient, et qu'à ne voir que cet organe, comme à ne voir que le symptome à une autre échelle, l'on perd de vue le jeu infini des inter-réactions qui font de tout être vivant une unité et le spécifient comme individu.

Que l'ordonnance en psychiatrie soit beaucoup plus largement rédigée sous l'influence d'un mode de pensée magique que suivant les règles d'une démarche véritablement scientifique, et que le phénomène soit généralisable dans une certaine mesure à la médecine toute entière ne doit pas nous scandaliser puisque la médecine a à tenir compte autant des phénomènes liés au désir, qu'à un réel dont la connaissance est toujours problématique.

Nous voyons donc à tous les niveaux combien une attitude critique vis-à-vis du découpage nosographique demeure de mise. Est-ce pour autant condamner toute tentative nosographique en psychiatrie ?
Les mises en question de la nosographie psychiatrique ne sont pas nouvelles ; et chaque découverte dans le champ de la science qui la définit la conduit à un remaniement. Le temps nécessaire à son élaboration fait qu'elle n'est jamais à jour, d'autant plus que le visage de la maladie mentale se modifie avec l'évolution de la société.
Etant acquis que les possibilités de nomination de la maladie mentale seront toujours en retard sur la clinique, il semblerait judicieux de prendre des

repères dans la sémantique, qui elle demeure invariable, plutôt que dans la sémiologie.

"Il faut reconnaître que nous avons actuellement à fabriquer une nouvelle sémiologie, une sémiologie qui ne soit pas le fait d'une technique "classifiée d'investigation qui est une technique aliénante, mais le fait d'une investigat qui se veut déjà comme action psychothérapeutique".

Racamier

Le champ psychiatrique se laisse difficilement catégoriser, et cependant il faut bien nommer les objets de la psychiatrie en sauvegardant leur dynamisme. Quand en sciences humaines le langage scientifique trouve ses limites comme moyen de communication, c'est à un autre langage qu'il faut recourir pour pallier ses insuffisances.

Ce langage on le voit surgir, et venant d'horizons différents. Paradoxalement cela a quelque chose à voir avec la poésie, ainsi que l'explique Bonnafé :

"Je parle d'une poésie au sens, de plus en plus explicite depuis le romantisme d'un moyen de connaissance, d'une culture qui vise à percevoir, à travers les objets et les paroles "les bruits et les actions" où se résout "le commerce de hommes", les harmoniques et les raisonnances. Je parle d'une expression qui v à rendre et à éveiller les échos les plus amples, les plus distants de leurs prétextes, et les plus universels".

Ce "moyen de connaissance" Fagès le justifie en parlant du discours de Lacan :

"Si l'inconscient est structuré comme un langage, si les figures clés de ce la gage, la métaphore et la métonymie sont des jeux sémantiques, c'est-à-dire médiateurs entre ceux sur les formes (phoniques, syntaxiques) et ceux sur les prépositions (métalogismes) il importait que le discours sur l'inconscient fut un vaste tissu "rhétorique".

Venant d'un lieu encore plus différent de la psychiatrie "classique" d'où parle Bonnafé, que celui de l'analyste, d'où parle Lacan, le Docteur Laing, chef de file de l'anti- psychiatrie n'hésite pas à aller plus loin en publiant des poèmes psychiatriques à effet didactique, le sens porté par un véhicule qui suit les lois de l'inconscient pénétrant celui-ci avant toute possibilité de rationalisation.

"Celui qui veut faire entendre la vérité peut toujours recourir à la technique qu'indique l'identité de la vérité aux symboles qui révèlent, à savoir arriver à ses fins en introduisant délibérément dans un texte des discordances qui répondent cryptographiquement à celles qu'imposent la censure".

Lacan

Cet usage de la notion de poésie ne semble pas devoir choquer les poètes, mais au contraire répondre au voeu de Lautréamont.

"La poésie doit avoir pour but la réalité pratique".

C'est à la recherche d'une certaine stabilité sémantique des signifiés de la phobie que nous conduit notre recherche, historique d'abord puis clinique, à partir de deux observations d'agoraphobes.

INTRODUCTION HISTORIQUE A LA NOTION DE PHOBIE

"Une première mise au point s'impose quand on se confirme que l'usage simultanément psychiatrique et psychanalytique du terme phobie n'exprime pas la concordance des vues cliniques et théoriques et des classements nosologiques, mais plutôt, à partir d'une étymologie commode, la confusion entre peur et angoisse, la non distinction de plusieurs registres : le sémiologique, le phénomènologique, le métapsychologique.

Vocabulaire courant, terminologie psychiatrique, langage psychanalytique se partagent ainsi l'emploi d'un mot désormais batard, auquel il conviendrait donc avant de l'utiliser, de redonner une définition plus précise. On s'aperçoit alors qu'à l'intérieur même de la tradition analytique, le concept de phobie ne renvoie pas à une entité clinique bien établie.

Freud l'accepte lui-même ainsi lorsqu'il écrit : "La place à assigner aux phobies dans la classification des névroses n'a pas été jusqu'à présent bien déterminée. "Et il lui semble certain" qu'on ne peut voir en elles que des syndrômes appartenant à des névroses diverses, et qu'on n'a pas à les ranger au nombre des entités morbides indépendantes".

Perrier.

Le mot phobie est dérivé du grec phobos et signifie : fuite, épouvante, peur.

C'est un terme récent dans le langage psychiatrique et qui n'y a trouvé ses assises que par référence au langage psychanalytique, référence qui a elle-même évolué dans les études faites par Freud du phénomène phobique et dont les limites sont à nouveau reconsidérées à travers les données actuelles de la psychanalyse des enfants.

Au XIXème siècle la phobie émerge dans sa spécificité des manifestations délirantes en compagnie d'autres symptômes névrotiques, l'obsession en particulier. On la trouve dans des observations de Pinel sur des "manies sans délire", "monomanie intellectuelle et affective" d'Esquirol.

Le terme d'agoraphobie est employé pour la première fois par Westhal en I87I pour décrire la peur des rues larges, des places ou des espaces largement ouverts. L'étude de la phobie est surtout reprise par la suite par Pitre et Régis, puis par Janet qui ne l'isole pas de la psychasténie due à "une diminution de la tension psychologique".

Pour Janet :

"La suppression des phénomènes supérieurs d'adaptation au réel, tels l'attention, la volonté, le contact avec le présent entraîne l'irruption dans la conscience de phénomènes inférieurs d'où "l'angoisse, l'émotivité exagérée". L'émotivité qui est phénomène secondaire, disparait quand les phénomènes supérieurs et les fonctions du réel se reconstituent, et les phobies et obsessions ne durent plus quand elles n'ont plus de raison d'être pour exprimer un état général".

Freud en I895 différencie nettement les obsessions et les phobies dans un article paru dans la Revue Neurologique :

"Il faut distinguer : A) les obsessions vraies - B) les phobies - La différenc essentielle est la suivante :

Il y a dans toute obsession deux choses : 1) une idée qui s'impose au malade 2) un état émotif associé. Or, dans la classe des phobies cet état émotif est toujours l'angoisse, pendant que dans les obsessions vraies ce peut être au même titre que l'anxiété, un autre état émotif, comme le doute, le remords, la colère".

A cette époque la phobie se rattache encore pour lui à la "névrose anxieuse" concept d'où il tirera plus tard la névrose d'angoisse.

"La névrose anxieuse est d'origine sexuelle, mais elle ne se rattache pas à c idées tirées de la vie sexuelle. Elle n'a pas de mécanisme psychique, à vrai dire. Son étiologie spécifique est l'accumulation de la tension génésique, pr quée par l'abstinence ou l'excitation génésique fruste".

La phobie entre donc à cette époque dans le cadre des névroses actuelles, par opposition à l'hystérie et à l'obsession dues à un traumatisme sexuel antéri

La conception de Freud à cette époque se rapproche encore beaucoup de celle d Janet malgré l'antinomie entre "baisse de la tension psychologique" et "accu lation de la tension génésique" considérées comme étiologie du trouble.

Dans une deuxième étape en 1905 Freud révise sa conception des phobies et les rattache alors à l'hystérie.

"La place à assigner aux "phobies dans la classification des névroses n'a pas jusqu'à présent été bien déterminée. Il semble certain qu'on ne peut voir en elles que des syndrômes pouvant appartenir à des névroses diverses et qu'on n'a pas à les ranger au nombre des entités morbides indépendantes.

Pour les phobies de l'ordre de celles de notre petit patient, phobies qui son de fait les plus connues, la désignation de "l'hystérie d'angoisse" ne me sem pas inadéquate.

Je la proposai au Dr W.Stekel quand il entreprit l'exposé des états anxieux névrotiques, et j'espère qu'elle prendra droit de cité. Elle est justifiée de pa la parfaite similitude du mécanisme psychique et de ces phobies et de l'hystérie similitude complète à l'exception d'un seul point. Il est vrai que ce point est d'importance décisive et bien fait pour motiver une distinction.

Dans l'hystérie d'angoisse, la libido, détachée du matériel pathogène par le ref lement, n'est en effet pas convertie, c'est-à-dire pas détournée du psychisme vers une inervation corporelle, mais elle est libérée sous forme d'angoisse". Nous voyons là la névrose quitter les névroses actuelles, se rattacher à l'hystérie mais s'en distinguer par le devenir de la libido qui se transforme en angoisse.

Or, dans "le moi et le ça" et "Inhibition, symptôme et angoisse" publié en I923 Freud revient sur cette pathogénie.

"La thèse de la transformation directe de la libido en angoisse, thèse que nous soutenions autrefois, a perdu à nos yeux de son intérêt..."

"tandis que la conception précédente tendait à considérer la libido de la notion pulsionnelle refoulée comme la source de l'angoisse, dans la nouvelle conception c'était au contraire le moi qui devait rendre compte de cette angoisse. Ainsi donc l'angoisse était ou bien angoisse du moi, ou bien angoisse pulsionnelle du ça".

L'angoisse devient donc un moyen de défense du moi, elle n'est plus produite par le refoulement mais au contraire la cause de celui-ci.

Quelle est la nature de cette angoisse dans les phobies ? Pour Freud elle est angoisse devant un danger réel (Realangst) : la castration. Angoisse de castration inchangée depuis l'enfance, réapparaissant devant un danger jugé réel.

"L'angoisse des phobies d'animaux est l'angoisse de castration du moi, celle de l'agoraphobie, que l'on a étudiée moins à fond, parait être une angoisse de

tentation, qui doit bien dériver génétiquement de l'angoisse de castration. La plupart des phobies renvoient à ce que nous voyons aujourd'hui, à une telle angoisse du moi devant les revendications de la libido. La position d'angoisse du moi y est toujours primaire et ce qui pousse au refoulement."

C'est à ce niveau que l'étude de la phobie a été laissée par Freud et qu'elle a été reprise par ses successeurs.

Quand Freud déclare que l'agoraphobe impose à son moi une limitation afin d'échapper à un danger pulsionnel, l'on peut se demander qui est l'agoraphobe par rapport à son moi.

Et ceci amène à se poser la question du sujet de l'angoisse. La plupart des travaux post-Freudiens concernent la phobie se référant à la théorie de Lacan qui a lui-même consacré un séminaire à l'étude du petit Hans, et qui introduit dans cette question le problème de l'identité du sujet phobique.

Parlant de Hans il déclare :

"Dans la béance de sa situation, l'objet phobique marque un repère, constitue au centre de son angoisse un élément suppléant.

L'angoisse n'est pas la peur d'un objet mais la confrontation du sujet à une absence d'objet, à un manque d'être où il est happé, où il se perd et quoi tout est préférable, jusqu'à forger le plus étrange des objets, celui d'une phobie".

C'est au niveau de la "disparition du sujet" dans l'angoisse phobique que le symptôme semble garder une certaine spécificité à travers la nosographie, qu'il s'agisse de névrose ou de psychose.

A la suite de Lacan, deux auteurs se signalent par leurs travaux sur la phobie Perrier qui étudie essentiellement la névrose phobique; F. Dolto qui centre son étude sur les relations du symptôme phobique et de la destructuration de l'image du corps qui l'accompagne.

"Chez le phobique la représentation du corps (quel que soit le stade de cience de l'image de l'accomplissement libiduel dynamiquement, ils sont est infirme par l'insuffisance de structuration. Son corps dynamique basal n'est pas ressenti entier sans la participation du contact matériel à celui d'une autre personne".

Nous reviendrons en détail sur ces problèmes après l'exposé de nos deux cas cliniques.

- 111 -

EXPOSE CLINIQUE : JEAN - PIERRE

Jean-Pierre

"Si l'on voyait le squelette de ma mère, on verrait bien qu'elle est méchante". C'est une des premières phrases que j'ai obtenues de Jean-Pierre à qui, mandaté par le dispensaire de son secteur, je rendais visite dans sa chambre obscure. C'est un garçon de 15 ans qui depuis trois semaines refuse obstinément de sortir de chez lui. Il reste dans son lit, lumière éteinte et persiennes closes, très maigre, indifférent aux soins d'hygiène les plus élémentaires. Le spectacle qu'il donne n'est pas sans évoquer Lazare.

Comment en est-il arrivé là ? Le dossier du dispensaire où il est suivi depuis plus de trois ans nous donne quelques éléments intéressants de son histoire. Jean-Pierre est le second d'une fratrie de trois garçons régulièrement espacés de deux ans. Il est né à terme l'année du décès de son grand père maternel. Il a reçu un allaitement artificiel et a marché à 14 mois. Il a été propre à 2 ans. Sa mère dit qu'il a parlé tard.

Sa petite enfance ne semble pas avoir posé de grands problèmes.

Les parents divorcent quand il a 5 ans. Il n'y avait pas de grande tension

apparente entre eux dira la mère, plutôt une indifférence de sa part et un absentéisme du père qui n'était guère présent, rentrait tard, disparaissait souvent pendant plusieurs jours et trompait sa femme depuis longtemps.
A la suite de ce divorce Jean-Pierre est confié pendant deux ans à sa grand-mère maternelle en Bretagne.
Sa mère le reprend à la rentrée suivante.
Il n'y a pratiquement pas de visite du père qui ne se manifestera plus que par un chèque régulièrement envoyé chaque fin de mois.

Il est signalé pour la première fois au Service Enfants du dispensaire du secteur à l'âge de II ans, sur conseil de l'école.
En effet il triple sa 9ème et ne s'y montre une fois de plus guère doué.
Bien sûr il arriverait avec un effort, dit la mère, mais il ne veut rien faire ; elle doit lui apprendre ses leçons, et encore il ne s'inquiète pas de ne pas les savoir. On se plaint aussi de son caractère difficile : il pique des colères, se laisse aller à la grossiéreté et choque par ses paroles incontrôlées car "il n'a pas la pudeur de ses sentiments". Il n'aime pas le sport mais se bat volontiers. Il est bourré de "complexes", se croit incapable de réussir quoi que ce soit.
Il appelle avant de s'endormir.
Le médecin qui le voit alors note son inhibition et des phobies scolaires.
Dans une rédaction Jean-Pierre raconte que la rentrée lui faisait peur, qu'il a peur dans la cour de l'école où pourtant il se trouve avec des enfants plus jeunes. Il a des "complexes" pour aller au sport à cause de sa différence de gabarit avec ses condisciples. Il a des "complexes" vis-à-vis du frère ainé qui réussit brillamment.

Aux tests on notera niveau faible (zone limite). Peu de possibilités intellectuelles, sans que l'on puisse affirmer une débilité mentale (résultats discordants entre subtests), un comportement passif, des difficultés de communication un énorme besoin d'être sécurisé.

"Le processus psychique est fort lent, lié en partie à des problèmes affectifs importants : inhibition, composantes anxieuses, voire abandonniques, dessins pauvres, peu expressifs. Le contact avec le réel est insuffisant. Refuge dans la passivité ou le rêve, plus sécurisants. Crainte de son agressivité. Il est sensibilisé au vécu familial dont il souffre".

Après un second entretien avec le médecin où ressortent à nouveau la "honte" et la "peur" ; une psychothérapie est décidée.

Tous ces éléments, l'attitude de défense passive avec façade de débilité, les phobies multiples, les difficultés d'identification corporelle avec les gens de sa classe d'âge, ici banalement esquissés, se retrouvent poussés à leur paroxysme délirant dans la maladie ultérieure de Jean-Pierre dont nous serons le témoin.

La psychothérapie décidée à cette époque est subie par Jean-Pierre sans grand enthousiasme. Il va jusqu'à raconter à sa mère des séances imaginaires où il s'est pas rendu "lui qui ne mentait jamais". On note à nouveau la pauvreté du contact, les attitudes passives, une quête affective non satisfaite auprès de la mère. "Sa relation au monde semble être sur le mode agressif, mais d'une agressivité qu'il ne peut assumer, alors il se bloque". Finalement la psychothérapie est arrêtée et il est noté :

"Jean-Pierre n'a trouvé comme issue que la fuite et a cessé de venir. Etant donné qu'il ne venait que contraint et forcé ... attendre une éventuelle manifestation de la mère ou de l'école".

Bien que le mot de phobie ne soit jamais mentionné dans le compte rendu, il semble que l'on puisse dire rétrospectivement que l'on aie là la trace d'une première étape de la maladie de Jean-Pierre qui s'apparente à une névrose phobique.

"L'éventuelle manifestation" viendra trois ans plus tard, et là les choses vont se précipiter.

Jean-Pierre ne veut plus aller en classe :

"Les maîtres sont trop jeunes et ne savent pas s'y prendre".

Déjà l'année précédente il faisait l'école buissonnière en 5è de transition.

Il devait entrer en 4è pratique. En désespoir de cause on avait envisagé un apprentissage dans la pâtisserie, mais là, pour des raisons administratives (il ne peut être embauché qu'à 15 ans) la patronne n'a pas pu le garder.

Il semble que ce soit à partir de ce rejet que Jean-Pierre commence à changer de registre. Les revendications envers la mère se font agressives, il lui reproche de l'avoir mal élevé. Il est de plus en plus réticent à sortir de chez lui.

Deux mois après les propos prennent une tournure "délirante".

L'âge de 15 ans pour travailler dans la pâtisserie devient une date magique, le jour de sa quinzième année, où tous ses problèmes seront résolus et où il trouvera enfin le bonheur.

Car on lui a tiré les lignes de la main et c'est ce qui a été prédit. Il écrit à sa tante de Bretagne une lettre incohérente lui demandant de confirmer ces dires. (Cette lettre sera confiée à la mère. La mère ne l'apportera pas mais dira à Jean-Pierre qu'elle l'a fait et Jean-Pierre traitera sa mère de menteuse).

Jean-Pierre croit que le destin est inscrit dans les lignes de la main, mais que ça ne doit pas être fait à la sauvette, il faut des spécialistes qui y

passent des heures. Les professeurs l'ont cru, y sont allés ; on leur a dit des choses le concernant. Il reproche à sa famille de ne pas vouloir tenter l'expérience. Pour lui il aurait voulu en faire son métier. Il se rend à l'hopital général et demande à voir un "charlatan".

Parallèlement Jean-Pierre remet en question sa filiation. Sa mère n'est pas sa mère, il n'en n'a pas reçu l'amour qu'il attendait d'une mère. Il accuse son père de l'avoir ôté du berceau, il sera puni pour ça. Ses frères ne sont pas ses frères car ils ne se parlent pas. Ses cousins ne sont pas les fils de ses oncles et tantes car ils ne lui ressemblent pas.
La Vierge lui est apparue l'année dernière. Le Christ vient gifler les méchants et lui retirer des cheveux.

C'est à cette époque de son histoire que je prends Jean-Pierre en charge en visites à domicile bi-hebdomadaires , et que je fais également connaissance de sa mère.

C'est une femme jeune encore, coquette et très réservée. Il est difficile d'obtenir d'elle autre chose que des renseignements techniques, ou des demandes d'hospitalisation pour son fils quand elle est à bout, allant jusqu'à se mettre en balance et menaçant de se suicider, quitte à revenir sur sa décision et à refuser l'hospitalisation si celle-ci est acceptée par Jean-Pierre.
Ce qui concerne le père est exclu de son discours.
L'attitude qu'elle adopte vis-à-vis de Jean-Pierre est tour à tour captatrice et rejetante, surprotective et agressive. Leurs dialogues sont du style :
Jean-Pierre - "Je le sais bien que tu veux me manger"
Mère - "Il ne faudrait pas être dégoûté.. tu es si sale.."
Jean-Pierre - "C'est donc pour ça que tu veux que je me lave"

Les deux frères se déclarent hors jeu et bien qu'ils partagent la chambre de Jean-Pierre, adoptent à son égard une attitude distante, refusant la communication, et le tenant pour fou. Ils ont l'impression que ce qui se passe a lieu entre Jean-Pierre et lui-même, Jean-Pierre et la mère, et ne tiennent pas au rôle d'arbitre.

C'est en effet dans le cadre d'une relation duelle, sado-masochiste à rôles reversibles, que se poursuit le discours des symptômes de Jean-Pierre, relation duelle où je vais m'introduire en tiers en tâchant d'éviter les alliances que de part et d'autre on ne cessera de me proposer.

Rapidement mes visites sont en effet bien acceptées par Jean-Pierre qui les réclame, quitte à ne pas m'ouvrir la porte quand je me rends au domicile, et par la mère qu'elles rassurent, du moins tant qu'elles restent sans effet apparent.

Car un ensemble de faits est concordant, toute amélioration sera niée par Madame jusqu'à la limite du crédible, ou considérée avec indifférence ; ou si mal acceptée qu'elle fera craindre une décompensation de sa part. Cette femme qui a supporté avec un courage étonnant un fils délirant ou catatonique, ne le supportera plus quand, rendu à un aspect purement névrotique, il aura des revendications "caractérielles".

La prise en charge de Jean-Pierre se fait de façon quelque peu empirique. Devant son mutisme sachant ce qu'un silence d'une telle qualité recouvre comme demande, je parle. Je le décris tels qu'il m'apparait, je lui dévide le flot de mes pensées concernant sa façon d'être en face de moi, et ce qu'elle m'évoque.

"Tous les êtres humains, quels que soient leur apparence et leur comportement, perçoivent la présence de l'autre ; mais elle est pour certains d'entre eux signal de danger vital. La présence de l'autrui que nous sommes, éveille chez

les psychotiques l'émoi du danger, d'autant plus intense que nous paraissons en face d'eux désirer établir un contact qu'ils fuient ou que nous paraissons fuir le mode de contact qu'ils désirent, et qui nous parait, pour nous, désagréable, inconvenant ou dangereux. Si nous parvenons à exprimer pour eux, dans un langage qui signifie pour nous-même aussi justement que possible ce que nous percevons d'eux, lorsque cela nous est clair à nous-même, nous structurons du même coup un champ de communication"

F. Dolto (Le cas Dominique)

Dans ce champ ouvert de communication Jean-Pierre s'exprime d'abord par des attitudes, sortir ou rentrer la tête sous les draps, puis viendront des marmonnements, des bougonnements inaudibles, enfin des mots, des phrases et après plusieurs semaines, des questions le situant alors ouvertement comme partie prenante dans son traitement.

Chaque étape de ce traitement sera sanctionnée par Jean-Pierre par un comportement de fuite, c'est-à-dire un refus de me recevoir ou de me parler.

Il aura le même comportement devant toute première tentative d'activité, dessin, modelage, rythme ; et le premier dessin qu'il fera, ne s'y étant décidé qu'après avoir fermé les yeux afin de tracer sur le papier des traits dont il ne serait aucunement responsable, et qui n'impliqueraient aucun choix conscient d'aucune sorte, sera un graphisme où se lira clairement le mot "Non".

Après avoir lu après moi cette écriture, il complète son dessin en accrochant le mot NON transformé en maison, aux rayons du soleil.

D'autres dessins suivront au fil des séances, fantasmatiquement pauvres. Souvent Jean-Pierre ne pourra dessiner qu'après que j'aie moi-même dessiné ce qu'il voulait représenter. Il fait aussi plusieurs portraits de son thérapeute.

Le dernier dessin qu'il fera avant son hospitalisation, sera un camion qui s'en va et sur lequel sera inscrit le mot "glaçon".

Ce dessin il l'interprêtera plus tard, "garçon", se substituant à glaçon ; lui et sa virilité gelés devant un désir inexprimable.

Parallèlement aux séances Jean-Pierre s'occupe de sa "musculature". Il pratique forces exercices à l'aide d'un appareil appelé "bull-Worker" et développe des muscles d'athlète, presque monstrueux. Il joue seul avec une balle de ping-pong, écoute la radio. Il ne sort pas de chez lui ou de manière impulsive, la nuit. Au fil des séances, les relations familiales s'améliorent et Jean-Pierre en vient à mener une vie pratiquement normale, bien que vide, au sein de l'appartement.

Après 9 mois de ce traitement, interrompu quelques temps par les vacances, c'est le coup de théâtre, l'apparition d'une angoisse incoercible chez Jean-Pierre, angoisse qu'il communique à sa mère.

Jean-Pierre découvre qu'il est malade, qu'il doit se soigner, qu'il ne peut se soigner à la maison. Il demande à être hospitalisé.

Par la suite, dans le bilan qu'il fera de sa maladie, il situera cette période comme ne faisant déjà plus partie de celle-ci, quand je lui reparlerai d'un dessin ancien où il représentait un coureur à pied en plein dynamisme et que je m'étonnerai qu'il aie pu faire un tel dessin à une époque où il ne quittait pratiquement pas son lit il dira "mais c'était après la maladie, juste avant que j'entre à l'hopital"...

Jean-Pierre restera, comme il l'avait demandé, 9 mois à l'hopital, comme il est resté 9 mois au lit.

Là-bas, dans un service d'enfants de petite capacité, il prend de la distance vis-à-vis de sa mère. L'optique du service semble surtout orientée vers la réadaptation relationelle ; ilne reçoit pas de médicament mais une bonne prise en charge de la part d'infirmiers dynamiques, avec qui il s'identifie sur le plan sportif sans renoncer à cultiver sa "musculature" à l'aide du bull-Worker.

Sa sortie se fait avant les vacances d'été, et Jean-Pierre part faire du camping en famille.

Et c'est ainsi que 9 mois plus tard je suis amené, à sa demande, à revoir Jean-Pierre. Il a des réticences à se rendre au dispensaire, mais je reste ferme sur mes positions car le temps me semble dépassé où il ne pouvait payer son traitement du prix de son angoisse à sortir dans la rue. Il s'ensuit un échange de correspondance où il s'excuse "de ne pas vouloir venir me voir" car il s'est remis au lit au retour des vacances. Je me fonde alors sur l'important transfert et l'expérience prise avec d'autres malades présentant des symptômes similaires, pour résister à ses appels à l'aide.
Cependant je réponds avec beaucoup de précision à ses lettres, je reçois la mère pour la rassurer, et Jean-Pierre commence sa nouvelle prise en charge par correspondance.
Après quelques semaines l'effet escompté se produit, Jean-Pierre quitte son lit et vient me voir.
Sa présentation s'est améliorée, il est propre, les cheveux coupés et peignés ; par contre l'inhibition demeure considérable.

L'univers de Jean-Pierre est alors entièrement projectif.
En opposition avec Protagoras pour qui "l'homme est la mesure de toute chose" ; Pour Jean-Pierre les choses sont plutôt la mesure de l'homme. Ainsi quand il se regarde dans un miroir, il est grand ou petit suivant que le miroir est grand ou petit ; il pèse plus ou moins lourd suivant que les sols sont lourds, comme les rues, ou légères comme les appartements superposés des immeubles.
Lors des premières séances au dispensaire les meubles devaient occuper exactement la même place, l'éclairage être exactement identique pour qu'il aie l'impression de se trouver au même endroit ; il est pour préserver son identité, sous la dépendance de l'identique des choses qui l'entourent. Tout changement est intolérable.

La recherche de son identité passe par la mienne ; il veut tout savoir de moi et de ma vie privée, et supporte très mal d'être renvoyé à lui-même.
Il supporte également très mal qu'il y ait d'autres consultants jusqu'à ce qu'il fasse l'analogie avec son frère ainé et son frère cadet et qu'il accepte que je puisse voir d'autres personnes avant et après lui.
Trois mois après la reprise des consultations au dispensaire, Jean-Pierre se présente comme un garçon timide et réservé mais qui ne se fait pas cataloguer comme "malade mental" auprès des administrations auprès desquelles il cherche un travail ; il envisage de vivre ailleurs qu'au domicile familial.
Il a assumé "sa maladie" et discoure en séance dans un registre de "névrose".
Le traitement sera certainement très long, mais il semble qu'une prise en charge sans a priori diagnostic, aie permis à Jean-Pierre de vivre sa régression et de la symboliser sans entrer dans une carrière asilaire à laquelle sa symptomatologie l'aurait dans d'autres conditions, promis.
Que serait en effet devenu Jean-Pierre à l'asile ? Sa structure passive y aurait trouvé à s'intégrer sur un mode déficitaire où, moyennant quelques concessions de part et d'autre, il se serait chronicisé sous la figure du "bon malade" au fur et à mesure des années, de plus en plus "insortable", sortable seulement pour être exhibé dans des présentations cliniques où l'on aurait découvert chez lui tous les symptomes et toute l'histoire d'un hébéphrène.

- IV -

EXPOSE CLINIQUE : DANIEL

-

"Une lettre arrive toujours à son destinataire"

Lacan

"Je vous écris puisque, vous vous en doutez, je ne puis aller vous voir . Cela fait une dizaine de jours que je ne suis pas sorti, je ne peux plus le faire parce que j'ai peur de tomber dehors et même à la maison je ne tiens pas debout non plus, j'ai sans arrêt envie de vomir. Mon état ne fait que s'aggraver de jour en jour. Au début cela fait quelques mois, je ne pouvais plus prendre de transport, j'avais envie de vomir ensuite ça m'a pris chez les commerçants et maintenant c'est généralisé, c'est partout où je suis. Ma seule joie autrefois était d'aller chercher ma mère à la gare, je ne peux plus le faire depuis bien longtemps car j'ai peur de tomber et même pour aller faire une course à 50 mètres de chez moi je ne peux pas, toujours pour les memes raisons, et lorsque j'entre chez un commerçant aussitot j'ai terriblement peur, plusieurs fois je n'ai pu acheter ce que je voulais, j'en suis parti précipitamment... Je suis de plus en plus désespéré, avouez qu'à mon âge c'est terrifiant, les plus belles années de ma vie sont ainsi gâchées ... Je ne pourrai jamais guérir ; d'ailleurs je ne crois plus en la guérison et pourtant il suffirait de peu de choses ... J'ai vu beaucoup de docteurs, j'ai pris beaucoup de médicaments inefficaces, on s'est toujours moqué de moi".

Telle est la première lettre que je reçus de Daniel, amenée par une mère affolée. Son histoire, telle qu'elle peut être reconstruite à partir des fragments issus d'entretiens non directifs le situe comme premier enfant d'un couple qui, d'après une information venant du malade "ne sachant pas comment on faisait les enfants, a dû demander aux voisins". Il s'agit là peut-être d'un mythe, ce qui ne retire rien à la valeur signifiante de la citation. (De tels cas ne sont dans la réalité pas si exceptionnels qu'on le croit, et même chez des universitaires. Il ne s'agit pas en fait tant d'une ignorance formelle que d'une méconnaissance névrotique de l'acte qui conduit à la fécondation).

Désiré fille par les conjoints, et surtout par le père, il est né garçon et pourvu, comme il est fréquent dans ces cas, d'un prénom ambivalent.

Cette naissance provoque chez la mère une "dépression", en fait une décompensation hystéro-phobique pour laquelle elle décrit des symptômes qui sont à peu de choses près ceux du fils actuellement. Elle n'osait pas sortir, avait l'impression que tout le monde la regardait et évitait la fenêtre de peur d'avoir envie de mourir. Quand il est né "j'ai eu une crise de foie". Une hospitalisation fut nécessaire à son rétablissement.

En fait les symptômes de la mère se sont maintenus jusqu'à l'âge adulte de Daniel, symptômes contre lesquels elle lutte courageusement prenant appui sur son fils malade pour éviter sa propre décompensation.

D'emblée ce fils l'a paniquée, dès son retour à la maison elle appelait sans cesse le médecin pour rien, craignait qu'il lui arrive malheur de toutes les façons possibles et la description qu'elle en fait n'est pas sans rappeler la remarquable figure de la mère dans "L'arrache coeur" (Boris Vian).

"En ce moment ils peuvent être tombés dans le puits, avoir mangé des fruits empoisonnés, avoir reçu une flèche dans l'oeil si un enfant joue sur le chemin avec une arbalète, attraper la tuberculose ... tomber d'un arbre, courir trop vite et se casser le cou, s'écorcher à un vieux fil de fer et contracter le tétanos..."

Actuellement encore elle participe aux symptômes de son fils "quand il ne peut pas avaler, je ne peux pas non plus", les rappelant au besoin quand il lui semble qu'il oublie de s'inquiéter des dangers qui le menacent.

Moins que de sa peur à elle, elle a peur de sa peur à lui, mais plus encore qu'il oublie d'avoir peur.

Le père pendant ce temps s'adonne à la boisson.

L'enfance de Daniel se passe donc au milieu d'interdits multiples, et du rappel incessant des dangers de l'existence. Il raconte qu'après l'avoir déculotté on lui donnait des fessées publiques, ce dont il garde une très grande honte.

Il racontera aussi, tard dans son traitement et dans une remémoration vécue extrêmement angoissée un évènement qui fut pour lui particulièrement traumatisant.

Il s'agit d'une hospitalisation en milieu chirurgical, survenue à l'âge de 5 ans, en vue d'une cure de phimosis. L'intervention semble avoir été vécue comme une véritable castration et, ajoute-t-il, le pire de tout, c'est que tous ses petits camarades l'ont su.

L'opération n'a pas été suffisante puisque le rétrécissement prépucial s'est reproduit.

A l'âge de 8 ans arrive un nouveau drame, la naissance d'une petite soeur. Celle-ci vient combler le désir du père, elle reçoit un prénom spécifiquement féminin.

La jalousie de Danielenvers l'intruse est extrême, quand elle a trois mois il l'a fait tomber d'un buffet, mais la chute reste sans conséquence.

La scolarité se déroule à peu près normalement, mais dans un contexte de "timidité" pathologique qui semble n'inquiéter personne.

Ce n'est qu'à 21 ans que la rupture d'une liaison amoureuse et platonique provoque la décompensation de Daniel.

Mais je lui laisse la parole :

"Vous voulez savoir comment ma maladie s'est déclarée et bien j'étais avec une fille qui habitait juste en face de mon immeuble et qui y habite toujours du reste ; j'étais heureux, j'avais 17 ans et demi à l'époque, on est resté près de 4 ans ensemble mais elle était plus jeune que moi de trois ans, j'étais son premier amour mais sa mère venait nous mettre des bâtons dans les roues, la fille était très influencée par sa mère, c'était une gamine, au bout de trois années et demi elle m'a quitté sans raison apparente ou plutôt si, elle voulait en connaître d'autres. Moi j'ai très mal pris la chose et je ne mangeais plus, ne dormais pas. En plus de ça à mon travail on me faisait constamment des reproches, je me laissais faire étant trop faible, trop abattu pour rispoter et puis un soir en rentrant j'ai eu une crise de nerfs, j'ai pleuré pendant 4 heures et j'ai avoué à ma mère ce qui s'était passé. Ma dépression, je l'ai couvée trois mois ; j'ai ressassé cela sans arrêt pendant cette période, j'étais à bout de nerfs et

puis ça a éclaté, j'en avais trop sur le coeur et c'est là qu'on a commencé à me donner des médicaments".

Pour la mère, il y a une seconde cause déclenchante des symptômes de son fils. Il s'agit d'une extraction dentaire abandonnée en cours de route par un dentiste remplaçant qui se révèle impuissant à terminer l'intervention. Daniel erre alors seul dans les rues à la recherche d'un praticien qui puisse finir le travail commencé.

Rapidement un cortège de symptômes s'abat sur Daniel, dominés par les deux piliers de la phobie : le vertige et la nausée. Ces symptômes sont liés à l'environnement, s'exacerbent au dehors, mais, chose étrange et habituelle, sont finalement aussi intenses qu'il soit seul ou dans la foule, bien que prenant une forme vécue différente.

"Quand il y a quelqu'un qui vient me voir à la maison, je suis encore plus malade, j'ai fortement envie de vomir, j'ai des difficultés à respirer, je crois que je vais me trouver mal, tout ça est produit par la peur, je ne tolère que mes parents à la maison, c'est tout. Par contre lorsque je suis tout seul j'ai des angoisses d'une autre forme".

"J'ai peur parce qu'il y a du monde, je deviens comme fou, je hurlerais si je ne me retenais pas. En un mot j'ai peur des gens".

"Je suis malade lorsque je suis tout seul et il me faut quelqu'un avec moi en permanence ou plutôt il me faudrait, car ce n'est pas possible".

Nous essaierons de voir à quoi correspond ce paradoxe qui s'éclaire en partie par cette autre citation tirée de la correspondance "je suis malade même lorsqu'il y a une seule personne qui vient à la maison".

Daniel est donc rapidement entraîné dans un circuit thérapeutique qui le promène d'hopital en maison de santé et où il expérimente tous les traitements en vigueur et même les démodés. La liste des médicaments qu'il ingurgite durant cette période est impressionnante, elle fait pratiquement le tour des médications psychotro

Valium - Nobrium - Librium - Anafranil - Sédalium - Neuleptil - Nozinan - Dogmatil - Equanil - Lidanil - Trioscazine - Laroxyl - Melleril - Elavil Tranxene - N'Oblivon - Bellergal - Buscopan - Primperan - Largactil - Atarax - Tacitine - Seresta - Dipiperon -

A cela se surajoute les classiques électrochocs - les cures de sommeil - la mise en isolement.

C'est donc au terme de ce long parcours psychiatrique que Daniel, en désespoir de cause et sans doute de finances, est signalé par sa mère au dispensaire d'Hygiène mentale de son secteur.

Une tentative de prise en charge est alors entreprise qui amène une amélioration spectaculaire dès le premier entretien et la première prescription, mais se solde rapidement par une rechute et une rupture de la relation après trois consultations.

C'est trois mois après que je suis amené à recevoir la mère de Daniel, le médecin qui l'avait vu en premier ayant quitté le centre.

Cette mère d'une anxiété extrême, me raconte alors la maladie de son fils, sans bien la dissocier des tourments qu'elle endure elle-même, mais surtout m'apporte la première lettre de Daniel qui est un appel à l'aide déchirant, et une demande de visite à domicile car il ne peut du fait de ses symptômes, sortir de chez lui.

Je décide alors de refuser la visite à domicile mais je dis à la mère que son fils l'ayant utilisée comme messagère, je vais faire de même, et je la charge d'une missive cachetée qui indique à Daniel que sa lettre a trouvé son destinataire.

C'est ainsi que commence à travers l'entremise de la mère, une psychothérapie par correspondance hebdomadaire, qui durera deux mois et demi et qui se soldera

par la venue de Daniel lui-même à la consultation. Cette consultation permettra une acceptation de la psychothérapie en face à face, qui se poursuivra sans interruption en dehors des périodes de vacances.
Pendant ces deux mois la mère prendra conscience de son rôle dialectique dans la maladie de son fils et se préparera à une entrée en thérapie pour son propre compte.

Que contenaient les lettres adressées à Daniel : des mots, beaucoup de mots, une nourriture de mots.
Et puis une ponctuation sous forme de questions très ouvertes, destinées à fonctionner comme inducteurs permettant à Daniel d'envisager une autre dimension de sa maladie.
Par cette correspondance, il trouvait un autre interlocuteur que sa mère au langage vertigineux de ses symptômes, et, dans l'ignorance totale où il était, de qui j'étais, connu seulement de lui par la parole de sa mère et la parole vide de mes écrits, il accédait à la connaissance de l'Autre.
Cet Autre, il le retrouvera à travers l'autre que je suis, dans sa psychothérapie verbale, jusqu'à ce qu'il puisse assumer son destin, qui n'est pas celui d'un malade.

L'expérience d'une maladie mentale aïgue a dans ces conditions permis à Daniel de s'arracher à l'aliénation peut-être silencieuse, qui aurait été la sienne dans une famille où aucun des deux géniteurs n'avait pu de par leur histoire personnelle, franchir les étapes décisives qui permettent à l'homme, par un accès suffisant ou symbolique, de vivre ses conflits en référence à la parole.

- V -

a) IMAGES DU CORPS : JEAN - PIERRE

-

Une première difficulté s'offre à nous au moment de parler des images du corps de Jean-Pierre car il semble que celles-ci se soient constamment modifiées au fur et à mesure de son évolution, sous le couvert parfois d'une verbalisation semblable elles n'en renvoient pas moins à des signifiés différents suivant le moment de la maladie, s'enrichissant ou s'appauvrissant de nouveaux champs sémantiques.

Le corps de Jean-Pierre sera le support de sa première conviction délirante, il est d'emblée en jeu dans la maladie comme l'endroit où est inscrit son destin, et où il doit être déchiffré.

Reste le problème du déchiffreur. Jean-Pierre dit "ce doit être un spécialiste, et il doit y passer des heures".

Et quand Jean-Pierre se rend à l'hopital pour demander à voir un "charlatan" il précise semble-t-il la bivalence du personnage dont il espère l'assistance ; un thérapeute puisque c'est à l'hopital que la demande est adressée, mais aussi un magicien aux talents prophétiques.

De la main et de ses lignes il ne sera plus jamais parlé après la sédation de l'épisode délirant, et elle sera fréquemment omise dans les dessins.

Au cours de sa première phase de sa régression, Jean-Pierre ne parlera pas de son corps, ou n'en parlera que pour le renier. C'est un corps inavouable,

inassumable car en discordance par sa croissance constante, sa propension à se recouvrir de poils, avec son cheminement psychologique qui se fait en sens inverse.

C'est un corps qu'il cache, mais qui cache aussi sa vérité "si l'on voyait le squelette de ma mère, on verrait bien qu'elle est méchante".

Ce corps il le nie au point de refuser de le nourrir, et quand la faim se fait pressante, c'est la nuit qu'il se lève pour mangerdes yaourts en cachette.

Il affirme que, même quand il était petit il n'avait point besoin de têter sa mère et la nourriture qu'elle lui offre est particulièrement suspecte car elle crache dedans pour l'empoisonner.

C'est morceau par morceau que Jean-Pierre récupèrera ce corps qu'il se refuse à habiter.

Après quelques temps de traitement Jean-Pierre se lance en effet dans des exercices physiques intensifs, le plus souvent à l'aide d'appareils conçus à cet effet.

L'argumentation tourne autour de la "musculature". Jean-Pierre a reconnu qu'il avait un corps, mais celui-ci le laisse insatisfait car il n'est pas assez musclé. La guérison psychologique viendra d'après lui quand il aura atteint un épanouissement musculaire suffisant.

L'on se souvient à ce propos que l'une des phobies infantiles de Jean-Pierre était de montrer son corps à l'école, pour des raisons inverses, il avait honte d'avoir un corps plus développé que celui de ses petits camarades plus jeunes.

La signification sexuelle de la problématique "musculaire" de Jean-Pierre est déjà claire à ce moment, d'autant qu'au début de sa maladie il a demandé des "comprimés, pour devenir fort et moins timide", mais aussi des "comprimés pour l'empêcher de devenir un homme, d'avoir de la barbe, de muer..."

Mais ce n'est qu'un an après que Jean-Pierre acceptera le sens "génital" de ses préoccupations au sujet, il dira, des muscles qui se gonflent. Ce sera pour

reprocher à sa mère "de ne pas prévoir de lui acheter des vêtements assez longs pour quand ses muscles vont gonfler". A ce moment il est également fasciné par les beaux corps, harmonieux, précise-t-il, des athlètes, particulièrement par la largeur de leurs épaules.

Mais il précise que le développement musculaire harmonieux tel qu'il le conçoit est absolument généralisé, atteignant même le cou et la tête. Musclé il "aura une grosse tête" et sera moins timide.

Le corps des filles, musclé ou pas, est considéré comme une chose absolument dénuée d'intérêt.

L'analogie avec le phallus est bien sûr évidente. Mais il faut bien préciser qu'il ne s'agit pas là pour Jean-Pierre d'avoir un phallus qui lui manque, mais d'être lui-même le phallus de tout son corps.

Le développement de l'enfant, tel qu'il a été conceptualisé par J. Lacan et son école, nous aidera à préciser de quel blocage de l'évolution, ou de quelle régression il s'agit là.

"L'enfant, qui nait comme d'abord assujetti au désir de la mère avant de devenir sujet, occupe primitivement comme objet de ce désir la place du phallus". Réciproquement l'enfant se croit à travers les soins donnés par la mère, son indispensable complément, le lien de ce qui lui manque, il est le phallus.

"Dans le bain de langage où il est plongé dès avant d'assumer sa place dans une interlocution, il va, comme il est dit classiquement, investir dans sa première relation libidinale l'imago maternelle pour se situer par rapport à elle dans son corps morcelé, avant d'en venir à l'auto-identification du stade du miroir. Secondairement, l'aperception d'une référence de la mère à un tiers le déboute de sa fonction d'objet privilégié du désir. Le phallus est ailleurs et le monde duel dans lequel il vivait jusqu'alors se triangularise". C'est l'entrée dans l'oedipe

où l'enfant devra se situer par rapport au désir de sa mère pour le père, sensé posséder le phallus. A ce moment la question ne devra plus se poser d'être le phallus, mais de l'avoir ou pas, suivant son sexe.

Nous voyons donc que les références psychanalytiques auxquelles nous renvoie Jean-Pierre ne sont pas celles de la castration, qui peut bien sûr être repérée dans le discours de Jean-Pierre, mais à un niveau superficiel. Il s'agit en fait là avant tout pour lui d'un problème d'identité. Il aspire à être, mais ne peut concevoir cet état qu'en faisant de tout son corps le phallus turgescent destiné à combler le désir réel ou supposé de sa mère.

La question qui nous est en définitive posée par Jean-Pierre peut se résumer sous la forme "qui suis-je si je ne suis pas le phallus ?". A quoi sa régression répond par le mot "rien".

Il nous semble que c'est au niveau des images du corps que la dissemblance entre la maladie de Daniel et celle de Jean-Pierre, nous est apparue la plus nette : autant l'une évoque la phobie névrotique, autant l'autre parait se ranger dans les psychoses pubertaires. Et pourtant :

"Il est à noter que lorsque se constituent les conditions de l'angoisse de castration, la phobie, qui s'organise, signifie le péril au niveau de l'être et non pas de l'avoir. Il y a d'emblée référence à un danger total : se tuer par défenestration, se pendre dans un espace trop grand, étouffer dans un espace clos, être réduit à rien dans une situation infamante,etc. Référée à un schéma oedipien, cette remarque permet de situer le phobique à l'étape où l'enfant ne peut renoncer à être le phallus sans perdre un statut privilégié, en regard duquel être un garçon sans pénis, ou une fille avec promesse d'enfant, n'est encore que la virtualité d'une vocation libidinale qui ne peut faire sa preuve".

Nous pourrons difficilement rejeter Jean-Pierre de cette conception de la phobie, d'autant plus qu'elle s'y démontre plus que chez Daniel, pourtant authentique "phobique".

b/ IMAGES DU CORPS : DANIEL

-

Parler du corps de Daniel, c'est lui rendre la parole car le propre du corps de Daniel est d'être un corps parlant. C'est le corps de l'hystérique qui exprime ce qui au niveau du langage n'a pu se symboliser.

C'est un corps sans axe ni support qui ne se soutient que du corps d'un autre, un corps sans limite qui ne se ferme qu'en prenant appui sur le corps de la mère.

A défaut du corps de la mère, dont il se servait comme d'une canne pour se rendre aux premières consultations, Daniel utilise divers objets substitutifs que nous étudierons.

C'est un corps plein d'étranges objets, alternativement pourriture et enfants incestueux imaginaires qu'il s'agit de rejeter au cours d'efforts de vomissements. Nous verrons le rôle de la nausée en temps que symptôme familial.

Nous essaierons également d'expliquer par quel mécanisme l'inscription du symptôme d'un autre au niveau de son propre corps permet à Daniel de se situer en temps que sujet.

"J'ai des faiblesses dans les jambes", "je ne tiens pas debout".

Il faut à Daniel un support réel pour soutenir ce corps que les jambes ne suffisent pas à porter.

Le corps de la mère n'étant pas toujours disponible, Daniel essaiera au cours de son traitement de le remplacer par différents objets symboliques.

Le fauteuil roulant est objet phantasmatique qui le maintiendrait en position assise sous la dépendance motrice d'un autre. C'est un regret tardif de la poussette, du landau, peut-être même du ventre maternel. Mais c'est plus qu'un véhicule passif. L'évocation du fauteuil roulant vient au cours du récit d'un

phantasme de chute. Si Daniel venait à tomber dans la rue la foule s'atroupe-rait, ça serait un scandale. Une fille qui tombe est une fille qui a "fauté" - On tombe dans le pêché. Le fauteuil est aussi signifiant dans sa décomposition "faute-oeil".

Les associations de Daniel conduisent à un phantasme de voyeurisme, l'oeil qui contemple la faute, la faute qui est cause de ce qu'il ne peut marcher.

La mobylette eut sur le fauteuil roulant l'avantage de se concrétiser. D'abord prêtée, puis offerte, elle venait d'autrui. Quand Daniel est en mobylette il prend dit-il conscience de son sexe. Mais ne nous y méprenons pas, ce qu'il a alors entre les jambes "c'est une selle". Il dit aussi que la mobylette, c'est des jambes artificielles, une prothèse. Et quand la mobylette est en panne l'angoisse resurgit.

La voiture fut d'abord un lieu maudit, hautement phobogène. "Le simple fait d'être assis dans une voiture avant même qu'elle n'ait démarré, je suis déjà malade, mort de peur, suffocation, je n'ai plus de salive, j'ai terriblement envie de vomir..."

Ces symptomes de grossesse, assis dans une voiture, ont évoqué à un praticien familier de l'analyse des enfants, l'angoisse d'un petit garçon vis-à-vis de sa mère enceinte, la petite soeur assise dans le ventre de maman. Daniel avait six ans quand sa soeur est née.

Bien sûr il y a aussi là un exemple de la classique angoisse des transports (sous entendus amoureux) si bien décrite par Freud qui en avait souffert lui-même. La façon dont Daniel en parle est elle-même très significative. "D'ailleurs auparavant quand j'allais bien je n'ai jamais été malade dans un transport quel qu'il soit".

Ces considérations sur l'incomplétude statique et dynamique de l'image du corps de Daniel retrouvent de très près une réflexion de Madame DOLTO.

"La représentation du corps (des phobiques) est infirme par insuffisance de structuration. Leur corps dynamique basal n'est pas ressenti entier sans la

participation du contact matériel d'une autre personne, ressentie indispensable à leur sécurité.

Par exemple la petite phobique arrivant à la notion d'un corps kinétique pour elle comme pour sa mère montre deux corps les représentant, mais ne possédant que trois jambes pour deux personnes".

Nous retrouvons là également les considérations de Gisela Pankow pour qui l'image du corps est un reflet de la situation du sujet au sein de sa famille.

Cette participation du corps de la mère, nous allons la retrouver au niveau du second symptôme majeur de Daniel, la nausée, qui est sans doute celui par qui il s'identifie le plus à sa génétrice.

Avoir des nausées est d'autre part une "image de marque" au sein de la famille, un véritable blason.

La mère vomissait pendant sa grossesse et un souvenir écran rapporté à l'âge de trois ans montre une femme enseinte qui vomit dans un café. Un autre souvenir montre la grand mère qui vomit à table, aidée par la mère. Et elle vomit sur le beurre, d'où un dégoût profond pour le beurre qui persiste à l'époque actuelle en relation d'autre part avec des phantasmes de nourrisson vomisseur.

La petite soeur vomit en voiture.

Et le père éthylique vomit lui aussi quand il rentre au foyer.

Dans les phantasmes de Daniel toute la famille vomit selon une représentation de femme enceinte ; Daniel seul, hanté en permanence par la peur de vomir, ne vomit pas dans la réalité.

Pour être de la famille il faut avoir une bouche potentiellement vomisseuse.

Nous trouvons là un processus d'identification présent dans toutes les névroses phobiques, dont la structure est, nous rappelle Freud, très proche de l'hystérie. Daniel n'a pas "d'Idéal du moi", c'est-à-dire d'abstraction à quoi se référer pour être lui-même dans l'existence. Il n'existe que par référence à un "Moi Idéal" qui est soutenu par des personnes réelles et jusqu'au bout de son traitement son père et sa mère exclusivement. Pour ressembler à cet idéal il est tenu

de tout y prendre, et surtout les symptômes remarquables par leur valeur signifiante.

Ces symptômes Daniel les réceptionne comme une plaque photographique et ce d'autant plus que le porteur est un proche. Mais par déplacement, un article de journal citant les malaises d'une vedette peut aussi faire l'affaire.

En fait de ses symptômes, Daniel n'est que le prête-nom. Car la maladie ça se transmet, et la sienne plus que toute autre. L'identification fonctionnant dans les deux sens, il craint de me contaminer. C'est possible, il en a eu confirmation dans une émission de télévision où d'éminents neurologues admettaient qu'il pouvait arriver que le symptôme psychique d'un patient contamine son médecin.

Pour compléter l'image du corps de Daniel il faut évoquer maintenant la "sphère respiratoire", ses suffocations, ses étouffements dans les pièces closes (claustrophobie qui accompagne si souvent l'agoraphobie), les odeurs qu'il ne supporte pas, les parfums dont il s'arrose.

Le rappel de l'existence d'un stade respiratoire olfactif, antérieur au stade oral dans l'évolution de l'enfant, ayant pour objet l'odeur de la mère, tel qu'il est conceptualisé par F. Dolto s'impose ici.

Pour Daniel la relation entre l'oralité et l'olfaction est très nette. Il décrit avec horreur la mort d'un chanteur célèbre. "Il est mort étouffé par ses vomissements" s'exclame-t-il. Et pour lui tout vomissement est évocateur de la mort par asphyxie.

"Vomir... pour d'autres personnes cela peut sembler naturel. Les femmes enceintes vomissent et elles n'en meurent pas, me dit-on, moi j'ai très peur de vomir, j'ai peur de mourir étouffé et c'est comme ça, on ne pourra pas me raisonner là-dessus".

Ainsi quand Daniel phantasme son appareil respiratoire c'est dans une odeur de mort, et la mort par étouffement qui fait le lien entre le respiratoire et le digestif. Sans doute y a-t-il derrière cette association une image de la mère

gavante, de la mère qui étouffe son enfant d'un amour qui n'autorise pas le désir, qui ne permet pas de vivre en dehors d'elle.

Et le corps en général est surtout évoqué par Daniel à propos de cadavres, en décomposition de préférence, ou mutilés.

Ce corps est toujours en passe de perdre un de ses morceaux, comme les personnages de ses rêves. Sa tête en particulier lui semble propice à l'ablation, ce qu'interprète lui-même sous la forme "perdre la tête". En fait ces corps sans tête ne sont pas sans rapport avec la "têtée", le sevrage du sein maternel, la naissance. Plus élaboré le phantasme s'intègre avec ceux des pertes de segments de membre sous une apparence de phantasme de castration.

Cette réélaboration d'un phantasme archaïque en termes génitaux n'est pas pour vous surprendre :

"Ces atteintes inconscientes de l'image du corps dans l'ébauche qui s'en fait aux stades oral et anal passifs orientent les réactions de défense de l'enfant, spécifiques aussi de cette étape précoce ; elles s'expriment, s'il survit jusqu'à l'âge oedipien, en termes oedipiens d'angoisses, de viol, de castration

F. Dolto

L'image du corps de Daniel est suffisamment structurée en tant qu'entité autonome, en tant que tout constitué de parties pour que puisse se poser pour lui un jugement d'attribution de ses caractères sexuels.

Désiré fille par ses parents, Daniel se fait de son corps en tant qu'il est l'objet du désir d'un autre, une représentation féminine. Dans ses phantasmes masturbatoires il s'identifie à une jolie fille qui se fait posséder par des hommes. Cette position féminine n'a pas été sans être ressentie par ses petits camarades d'école qui qualifiaient Daniel de sobriquets féminins.

L'homosexualité latente n'est donc pas pour rien dans son angoisse, mais celle-ci est toujours débordée par des phantasmes pré-génitaux.

Nous trouvons donc chez Daniel une image du corps archaïque et composite , sans support autonome stable, inhibée dans son dynamisme.

Elle est habitée d'un appareil digestif et respiratoire qui garde des relations anormales avec ceux du nourrisson.

Elle est dotée d'un appareil génital ambivalent, mais accepté comme mâle dans la vie pratique.

En reprenant la classification de Pankow :

"J'ai défini l'image du corps par deux fonctions fondamentales qui sont des fonctions symbolisantes, c'est-à-dire des fonctions permettant d'abord de re - connaître un lien dynamique entre la partie et la totalité du corps (1ère fonction fondamentale de l'image du corps) et ensuite de saisir au-delà de la forme, le contenu et le sens même d'un tel lien dynamique (2ème fonction fondamentale de l'image du corps)".

Nous pourrions dire que Jean-Pierre a présenté une atteinte de la première fonction de l'image du corps, celui-ci n'étant plus vécu comme une entité stable et autonome, alors que Daniel n'a présenté de perturbations qu'au niveau de la deuxième fonction "même si le corps apparait dans le discours du névrosé sous une forme mutilée ou morcelée, ce dernier reste capable de reconnaître en tant que telles à la fois les parties du corps qui manquent ou qui sont séparées entre elles et la totalité à laquelle se rapportent ces parties. Ainsi, même une partie du corps peut arriver à en figurer la totalité, sans qu'il y ait dissociation, et sans que l'image du corps tout entier soit détruite".

- VI -

L'ANGOISSE PHOBIQUE

-

a) L'ANGOISSE de CASTRATION

-

Les considérations précédentes nous amènent à envisager le problème de la castration chez nos malades, bien que nous ayons quelque peu anticipé sur les conclusions, au moins en ce qui concerne Jean-Pierre.

Dans le discours de Daniel, les phantasmes de castration sont omniprésents, et à vrai dire de quoi qu'il parle c'est toujours à la castration qu'il fait référence, souvent consciemment.
Si l'on interroge Daniel ou sa famille sur les circonstances qui ont précipité l'apparition de sa maladie, l'on entend deux histoires : la rupture d'avec la fille d'en face et l'extraction dentaire.

La perte de l'objet aimé, l'intervention du réel dans une relation amoureuse phantasmatique, c'est ce qui a provoqué un tel bouleversement dans les investissements de Daniel qu'il a été amené à se déclarer "malade".
"La fille d'en face" qui était, semble-t-il, le lien de déplacement de l'amour oedipien pour la mère, d'où entre autre son caractère platonique, la fille d'en face ne serait-elle pas aussi une image narcissique "moi fille dans le miroir"

en même temps que "moi maman" de l'âge de trois ans, à cette époque où l'enfant possède selon F. Dolto "3 mois" - moi moi ; moi maman ; moi papa.

Tout l'investissement libidinal qu'elle focalisait, se trouve alors privé d'objet, et se rapporte narcissiquement sur le sujet lui-même et sa mère avec une forte ambivalence. Amour et agressivité s'y mêlent de par leur nature commune, réalisant alors la phobie comme moyen d'expression permettant de dire à la fois à la mère "je t'aime au point d'être malade dès que tu n'es pas là" "je te déteste assez pour réduire ta vie à sa seule fonction de me soigner, et si tu y manques mes symptômes signeront ta culpabilité".
Donc, déplacement du narcissisme, de la mère à la fille d'en face, puis retour à la mère avec une forte charge agressive, réactualisant certainement une agressivité infantile.
Il semble que ce début de la maladie de Daniel illustre bien l'assertion de Perrier "La phobie survient au moment même où la place du sujet dans la situation oedipienne est remise brutalement en question par un évènement qui disloque une gestalt relationnelle fragile dans laquelle les rapports narcissiq prévalaient sur les rapports objectaux".

Parallèlement est invoquée une autre cause au déclanchement de la phobie : l'histoire du dentiste qui ne parvient pas à terminer son extraction dentaire, Daniel errant par les rues à la recherche du collègue capable d'achever l'intervention.

L'on ne peut s'empêcher de voir là la représentation de la castration, castration qui, symbolique, n'a pu être opérée par le père, incapable d'introduire la loi entre la mère et son fils, rendant à celui-ci impossible l'accession au stade génital. Cette histoire de dentiste, quand elle est racontée par la mère ou le fils, prend l'allure d'un rêve, sa réalité semble indéniable, mais elle

peut s'interprêter à travers l'usage qui en est fait, comme si la scène avait été rêvée.

L'on sait que Freud lui-même si peu enclin à stéréotyper le symbolique, constatait que les rêves de perte de dent ou d'extraction dentaire étaient toujours des rêves de castration.

Et l'on peut penser que c'est la coïncidence entre l'évènement arrivé dans le réel et le phantasme qu'il recouvre, réactualisée par la séparation d'avec l'objet aimé, qui provoque alors la phobie.

C'est-à-dire la décompensation sur un mode phobique, sur une structure qui avait tout pour que ça arrive.

L'on peut dire que la névrose survient quand à un stade quelconque du développement libidinal du sujet, il y a rencontre entre un phantasme du sujet ; désir inconscient, et un évènement de la réalité extérieure, issu du réel. A ce moment il n'y a plus de place pour la symbolisation ou il y a symbolisation lors du champ symbolique commun aux humains.

"Le symbole c'est la présence d'une absence"

Pour illustrer ceci je pense à cet homme atteint de démence pré-sénile qui, lorsqu'on lui demandait où il irait vivre après sa sortie de l'hopital, répondait invariablement : "chez ma mère". Un jour cette question lui est posée en présence de sa mère et sa réponse, contre toute attente, (la mère étant prête à l'accueillir) fut "je ne sais pas".

Toute possibilité d'abstraction avait disparu par le fait que la mère était présente dans le réel, il ne pouvait plus imaginer son absence, et sa présence au sein de cette absence.

Dans les entretiens ultérieurs de Daniel, le discours est émaillé de références directes à la castration sous la forme de l'intervention pour phimosis à l'âge de 5 ans ; de son échec et de sa récidive ; de son impuissance actuelle, cas-

tration attribuée au père : « Tu disait "Si un jour tu couches avec une fille je te casse un [illegible]" » ; castration dont il menace à son tour le père, parfois sous la forme directe d'un [illegible], parfois par des insultes quand celui-ci prend un visage lubrique devant les cuisses des filles à la télévision ; des conseils que les parents ont à observer afin de procréer ; du délai de 9 mois nécessaire à sa naissance.

Tard dans son traitement, Daniel rencontrera une autre forme, primaire, de castration, celle qui veut que garçon, il doive renoncer à avoir des enfants du père. Il doit aussi renoncer à s'approprier le pénis de celui-ci et en laisser la jouissance à sa mère.

Ce pénis du père, entrevu, forme une hallucination infantile entre les cuisses de la grand-mère, c'est en fait le phallus, objet symbolique du désir, celui auquel il ne peut [illegible] accéder, faute de le percevoir sous sa forme symbolique.

De sa castration, Jean-Pierre ne parle, nous l'avons vu que pour la demander, il veut des comprimés pour ne pas devenir un homme, il cache son corps outragé par la puberté vécue comme un [illegible], et dont il faut à tout prix limiter les effets [illegible] il ne le perçoit que gelés, pris dans ce bloc de glace qu'il représente dans un de ses dessins. Porter ce bloc de glace "c'est un métier que font les hommes".

D'ailleurs toute conversation qui porte sur la sexualité est prohibée à la maison et Jean-Pierre ne veut pas savoir d'où viennent les enfants. Posséder un sexe serait pour lui [illegible] le mettre en danger de cette régression fusionnelle, il préfère [illegible]. Ultérieurement, nous l'avons vu ; le sexe réapparaît sous la forme de la "musculature", puis sous celle de la barbe du thérapeute, où il voit une manifestation virile tolérable si elle est portée par un autre. Ultérieurement encore c'est la mère qu'il accusera de le limiter dans son épanouissement sexuel, elle ne veut pas lui faire des pantalons assez larges pour "quand ça gonflera".

La castration c'est aussi pour lui l'impossibilité de fabriquer quoi que ce soit, de mener une vie active et sociale, toutes choses qui le mettraient en péril. Il y a certainement eu pour lui aussi une perte d'objet à l'origine de la décompensation, sous la forme de la boulangerie qui l'avait employé, mais qui a dû le renvoyer car il n'avait pas l'âge légal. Jean-Pierre semblait très attaché à cette boulangerie mais il lui a été difficile d'en parler, et nous n'avons pas essayé de forcer les barrages sur ce point.

La castration, nous l'avons vu, se conçoit pour lui au niveau global de l'anéantissement de l'être.

b) LE SUJET ET L'OBJET DE LA PHOBIE

L'on ne peut plus parler de l'angoisse aujourd'hui sans s'interroger sur le sujet de l'angoisse, sa position par rapport à l'angoisse qu'il décrit.
Dans cette question de l'anxieux "qu'est-ce qu'il va m'arriver" il faut repérer ce qu'il en est de ce il, dit impersonnel et la suite de la phrase nous y aide déjà "qu'est-ce qu'il va m'arriver que je ne connais pas".
Ce "il" qui va m'arriver c'est celui que je ne connais pas. Et si c'était moi ? Il ne s'agit pas là d'un paradoxe.
Ce "il" dont l'ignorance avoue ce qu'il recouvre fait le sujet de l'angoisse, car si "il" pouvait être connu il ne s'agirait plus d'angoisse, mais de peur, est en fait déjà connu du sujet par le simple fait que de ce "il" il a peur, et si il a peur, ce n'est certes pas de rien.

"Ne me demandez pas pourquoi j'ai pleuré, c'est sans doute parce qu'il pleuvait, ce doit être contagieux".
"Il pleut" alors "il pleure" - qui pleure ? pas moi - celui qui pleut ?.. mon oeil...

Entre ces deux formulations de Daniel "j'ai peur parce qu'il y a des gens" et "j'ai peur des gens" il y a un court-circuit, une réduction métonymique.
Daniel a peur du "il" parce qu'il contient des gens, d'où il déduit qu'il a peur des gens. Et pourtant dit-il "ils ne font pas attention à moi".
On peut articuler sa constatation de la façon suivante "j'ai peur parce qu'il y a des gens qui ne font pas attention à moi".
Et ils ne font pas attention à moi, j'ai peur de ne pas exister.
D'où il s'ensuit que Daniel n'a l'impression d'exister qu'en se faisant objet

pour autrui, au minimum, objet à voir. D'où le côté spectaculaire de ses symptômes.

Car c'est dans ce il de "il y a des gens" qu'il se trouve, au moment évanouissant de la dépersonnalisation où le symptôme devient nécessaire pour le raccrocher à une identité. Et Daniel de dire lui-même "dans la foule j'ai l'impression de n'être plus personne".

"La rue pour l'agoraphobe est peut-être cet espace vide, parce que anonyme, où le sujet se perd,c'est-à-dire ne se reconnait pas, faute d'y être reconnaissable et reconnu, faute d'image d'identification assumable".

Perrier

C'est en quoi la foule et le désert sont pour le phobique objet d'une même angoisse.

Alors il faut à tout prix qu'"ils" me rassurent "je hurlerais si je ne me retenais pas".

C'est "je" qui retient "moi" de hurler. Celui qui veut hurler c'est cette vertigineuse illusion du "je" qui se prend pour "moi".

Car que le "je" et le "moi" ne soient point identiques, c'est là une certitude qu'un rapide examen de locutions courantes permet de mettre à jour. Dans le "je me déteste" par exemple, plus encore que dans le narcissisme de "je m'aime" je déteste moi comme il détesterait un autre, le moi est objet grammatical mais aussi objet au sens propre, pour le je, présence de celui qui parle, comme Lagache a été un des premiers à l'expliciter, après Rimbaud peut-être, mais que recouvrait pour Rimbaud ce "je" qui "est un autre" ?(1)

Nous sommes mieux à même à présent de comprendre l'aspect auto-entretenu des symptômes.

Note :(1) Bien entendu "ce n'est pas dans une conception grammaticale des fonctions où ils apparaissent, qu'il s'agit d'analyser si et comment le "je" et le "moi" se distinguent et se recouvrent dans chaque cas particulier".

Lacan

Daniel nous écrit :

"J'ai toujours envie de vomir, et j'ai terriblement peur de vomir".

Mais aussi "j'ai peur d'avoir envie de vomir", formulation déjà bien connue dans les phobies et qui semble la phrase inductrice.

Or, Daniel fait la découverte suivante :

"C'est la peur qui donne envie de vomir"

D'où il s'ensuit la fermeture de la boucle.

J'ai peur d'avoir envie de vomir, et quand j'ai peur, j'ai envie de vomir, donc j'ai peur de vomir.

Il y a entre la formule originelle, j'ai peur d'avoir envie de vomir, et la formule finale, j'ai peur de vomir, une différence fondamentale, la disparition de la notion de désir, c'est-à-dire de la dimension imaginaire où se situe l'envie de vomir.

Et la question du sujet à ce moment se trouve être "serais-je plus fort que mon désir de vomir" qui s'intègre dans un "serais-je plus fort que mon Désir".

Nous avons vu que vomir, c'est le symptôme de la famille, qui permet à Daniel de faire la synthèse de ses identifications, à sa mère dont il est l'image narcissique, à sa soeur qu'il aurait voulu être pour satisfaire le désir du père, à son père dans le cadre de son ambivalence envers lui.

C'est en ayant envie de vomir qu'il s'inscrit comme l'enfant de ses parents, peut-être sous la forme de sa soeur qui, rappelons-le, vomit en voiture, alors que lui a envie de vomir, même lorsqu'elle ne roule pas, mais n'y vomit jamais.

Il s'en suit qu'en ayant peur de vomir il croit savoir qui il est et que toute intervention à ce niveau se révèle inefficace car, ne pas avoir envie de vomir, c'est n'être plus personne.

Il nous écrit "Toutes les médications qui m'ont été données contre les nausées n'ont fait que les accentuer".

La contre expérience se fit lors du premier entretien où il nous déclara de façon dramatique que l'idée qu'il allait vomir dans notre bureau le terrorisait, et qu'il lui fut répondu que nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'il y vomisse ; l'envie de vomir disparut alors d'elle-même dans le contexte des séances hors de ses résurgences dans le cadre du transfert.

Car le symptôme est le support du phobique, la protuse de son manque à être, ce par quoi il cherche à être reconnu.

"Quand les gens savent que je suis malade je n'ai plus besoin de le leur montrer".

L'on est ramené là au problème de la croyance. Il faut maintenir à tout prix, démonstration à l'appui, au besoin, la croyance chez l'autre pour pouvoir soutenir quelque chose en soi-même.

La demande du phobique est une demande de reconnaissance au niveau de son symptôme ce qui fait toute la difficulté de la relation avec ces malades.

Car si l'on confirme au phobique que son angoisse est fondée, ou même simplement si l'on y montre trop de compréhension, de compassion, si l'on accepte tant soit peu de s'identifier à lui comme il le demande "on voit bien qu'il n'a pas ce que j'ai, car s'il était à ma place, il verrait ce que c'est" on lui confirme par là même qu'il a raison d'avoir peur.

L'attitude inverse qui consiste à dénoncer la peur comme imaginaire est ressentie comme une intolérable agression :

"S'il ne peut partager ma peur, elle n'a pas de raison d'être, et alors moi qui suis-je sans cette peur qui me prouve que je suis moi, puisque c'est dans cette peur que je me reconnais".

Comme le dit J. Lacan à son séminaire sur le petit Hans :

"Dans la béance de sa situation, l'objet phobique marque un repère, constitue au centre de son angoisse un élément suppléant.

L'angoisse n'est pas la peur d'un objet mais la confrontation du sujet à une absence d'objet, à un manque d'être où il est happé, où il se perd et à quoi tout devient préférable jusqu'à forger le plus étrange des objets, celui d'une phobie.

- Quel est donc cet objet de la phobie ? Pour Jean-Pierre il ne peut être nommé, toute approche à ce sujet se solde par une formule imprécise "je suis timide". Pour Daniel, les objets cités pour être l'objet de la phobie sont tellement nombreux et contradictoires, incluant des situations ; la solitude, recevoir une visite, se trouver dans la foule ; des individus, la fille d'en face, les filles en général ; des représentations verbales, que finalement ils ne cernent aucun objet précis.
Cet objet est labile au cours de l'évolution, sans arrêt remanié, changé, précisé, dénié.
"A un moment fécond - qui peut être un moment de reconstruction historique - le phobique confère brutalement à tel élément, évènement ou représentation jusqu'alors indifférents, la valeur d'une révélation, d'une intrusion significative, d'une sollicitation impérieuse. D'une proposition banale et commune il fait une question personnelle".

Perrier

Au glissement de l'objet de la phobie tel qu'il est décrit par le malade, correspond un glissement des signifiés à quoi renvoie cet objet. Pour le petit Hans le cheval est successivement angoissant parce qu'il est cheval, parce qu'il a du noir sur le museau, parce qu'il remue des jambes, parce qu'il traîne une charrette chargée. Il renvoie tour à tour au père castrateur, au père qui tombe, à la mère enceinte.
C'est pour cette raison que Lacan a décrit l'objet phobique comme signifiant à tout faire pour suppléer au manque de l'Autre.

- VII -

GENESE DE LA PHOBIE

"Je crois vraiment qu'elle a peur que je me noie ! Quand nous approchons du feu, elle a peur que je me brûle. Un jour un ballon partait dans la cour du collège, elle a crié "il va t'emporter".

Valles - L'enfant

Les références à l'induction d'une phobie chez un enfant par un adulte, en général la mère, sont nombreuses dans la littérature. L'on pense à ces malheureux enfants de "l'Arrache Coeur" de Vian qui menacés d'après la mère de mille dangers imaginaires sont finalement enfermés dans trois petites cages. C'est dans ces petites cages que j'ai eu parfois l'impression de trouver mes malades. Les consultations de psychiatrie infantile permettent souvent de mettre à jour de tels comportements pris sur le vif. Telle mère qui me parlait de la phobie de l'eau de son fils illustrait son récit des encouragements qu'elle lui donnait : "Je lui dis : "Mais, plonge, tu ne vas pas te noyer, te cogner sur le fond". L'on a alors à faire à des argumentations de style "double-blind" tels qu'ils ont été décrits par Bateson, puis repris par Laing et Cooper en Angleterre. La mère manifeste sa peur en même temps qu'elle la nie, encourageant l'enfant à transgresser sa terreur propre, en même temps qu'elle le lui interdit par le ton et la structure de la phrase, magistralement contradictoires.

De tels comportements se retrouvent également à une haute fréquence dans les familles de schizophrènes, englobant l'ensemble des relations familiales.
Il est remarqueble dans ce sens de constater que tous les symptômes de Daniel avaient été à une époque de son existence, présentés par la mère, excepté sa phobie d'impulsion à se jeter par la fenêtre qu'elle n'avait pas réussi à lui communiquer.
Les réassurances à l'égard de son fils se manifestaient par exemple de la façon suivante : Celui-ci se sentant mieux, prétend sortir. On le félicite et on lui rappelle que c'est samedi, jour du marché, et qu'il y aura beaucoup de monde dans les rues ; Il veut faire des courses dans les magasins, on lui demande ce qui se passera s'il se trouve mal, etc...
En écoutant cette mère, l'aphorisme de Maud Mannoni "c'est le fou de qui ?" prend quelque résonnance de vérité.
Daniel se présente en effet durant sa maladie, comme le fou de sa mère, celui qui porte ses symptômes à sa place, charge qu'elle paie de son esclavage. Situation qui convient fort bien au père, n'ayant pas à redouter de rival sous la forme d'un grabataire, et à la soeur qui doit y trouver son compte, quelque peu libérée de l'oppressante tutelle maternelle toute investie sur le fils.

Ce type de relation est moins net, mais certainement encore plus aliénant, entre Jean-Pierre et sa mère.
Jean-Pierre au lit, nécessitant toutes sortes de soins qu'il refuse, voilà un homme qui reste à la maison, alors que le mari est parti, alors que les frères investissent à l'extérieur.
Ce fils autistique, il centre ses activités, il est sa raison de vivre, le lieu où elle se sent indispensable.
Sa maladie la rend follement inquiète, mais qu'il se mêle de guérir et une angoisse intolérable la prend, elle dit que si il reste à la maison, elle se suicide ; mais quand Jean-Pierre, faute de mieux, décide de se rendre à l'hopital, elle s'y oppose formellement.

Il ne reste à Jean-Pierre, traqué par les apories de cette relation incestueuse, qu'à faire le mort.

Ce type d'interaction sur lequel débouchent les tendances actuelles de la psychiatrie sur la psychothérapie des familles, est certainement juste. Mais il ne saurait suffir à lui seul à décrire l'expérience phobique, ou quelqu'autre expérience que ce soit. Car à situer ainsi le malade dans le rôle unique de révélateur de la névrose familiale, l'on perd de vue celui qui souffre d'une décompensation actuelle, et qui n'est jamais au même stade d'évolution libidinale que le restant de la famille.

S'il est vrai que l'absence de résolution de l'oedipe chez les parents ne permet aux enfants d'effectuer leur développement psycho-sexuel dans de bonnes conditions, il n'empêche que les parents ont au sein de leur maladie propre une histoire que les enfants n'ont pas encore vécue, et que ce qu'il sera possible et "rentable" d'aborder chez eux, n'est souvent plus accessible chez les parents, ou doit être respecté eu égard à l'équilibre relatif qu'ils ont trouvé dans la vie sociale et familiale.

D'autre part, les dommages causés par la perversion des relations d'objets entre parents et enfants sont déjà faits le plus souvent au moment où l'on est amené à intervenir et il ne sert plus à rien de les modifier, sauf si d'autres enfants plus jeunes sont en plein développement au sein de cette famille.

Il n'empêche que la prise en charge des parents s'avère en fait pratiquement toujours indispensable dans toute cure d'enfant ou d'adolescent profondément perturbé.

Chez nos deux malades, la mise en route du processus de guérison a amené la mère en consultation pour son compte propre.

Il nous a semblé qu'il y avait un danger réel pour la mère dans la guérison de son fils ; réduite à n'être qu'un utérus vide ayant enfin accouché d'un individu

autonome ; privée de cet enfant fétiche, tenant lieu de phallus, maintenu auprès d'elle dans une relation fusionnelle ; contrainte à se recentrer narcissiquement dans la décompensation névrotique ou la maladie somatique.

Quelle est donc l'origine de cette symbiose pathologique ?
Il semble qu'une partie de la réponse peut être apportée à la suite de travaux de Madame Dolto.

"L'image du corps des phobiques me paraît caractérisée par sa participation au corps de la mère (ou de toute autre personne) soit pour le maintien de sa sécurité de base, soit pour son accomplissement libidinal des zones érogènes. Il faut aussi une autre condition à l'éclosion de la phobie. La mère doit avoir été traumatisée par un abandon de son propre géniteur, de même sexe que l'enfant, abandon qui s'est compensé à la naissance de son enfant, par sa fixation obsessionnelle (attractive ou répulsive) à cet enfant même".
Il est intéressant de constater que la mère de Daniel a passé sa vie de 2 à 20 ans dans un collège religieux, très strict, où l'avait rejeté l'arrivée d'un beau-père violent ; les renseignements manquent pour la mère de Jean-Pierre.
"Dans certains cas il y a résonnance par l'attitude convergeante des deux parents qui constituent un couple narcissique, chacun des deux parents ayant besoin de l'enfant objet, pour rester vivant l'un vis-à-vis de l'autre dans les besoins de satisfaction pré-génitale, dissociés de leur image du corps génitalisé. L'enfant sert ainsi à être approprié et repoussé alternativement ou rejeté vers l'autre conjoint pour que, en dehors des moments de vie sexuelle génitale, ils puissent rester en contact grâce à la relation rivale ou conjointe à cet enfant, non en tant que personne, mais en tant qu'objet oral ou objet anal, dépourvu de liberté d'accomplissement autonome.
Dans tous les cas de phobie, le sujet en traitement ne peut s'améliorer qu'au prix de la provocation d'un épisode névrotique, parfois délirant, le plus souvent psychosomatique chez les parents inducteurs en question".

C'est pour ces raisons de complémentarité pathologique que la demande de la famille vient si tard dans l'évolution de la maladie, et ne touche ici le psychiatre qu'à un stade de régression fort avancée.

Jean-Pierre et Daniel avouent tous deux avoir passé leur enfance dans une grande "timidité" qui correspond en fait à une névrose phobique avec inhibitions multiples, entravant la vie sociale et la scolarité. Une première consultation a été il est vrai demandée pour Jean-Pierre sur les conseils de l'école quand il avait 11 ans, suivie d'une tentative de traitement. Mais il a par la suite disparu trois ans dans la nature avec des symptômes graves et évolutifs. Pour Daniel aucune demande n'a été formulée jusqu'à la décompensation.

Cette méconnaissance de la phobie a été signalée par Diatkine dans une étude parue dans "La Psychiatrie de l'Enfant" en 1966.

"La pratique de la psychiatrie infantile confirme cette idée que les symptômes phobiques sont d'une très grande fréquence chez l'enfant.

Leur verbalisation est particulièrement difficile, d'autant plus que certains comportements phobiques sont parfaitement acceptés par des parents soucieux des mêmes évitements. S'il faut distinguer les phobies des peurs sans inhibition vraie, qui se retrouvent chez la plupart des enfants, il faudrait en savoir plus sur ce qui détermine certains enfants à en parler à leurs parents ou à l'observateur, alors que d'autres, pourtant particulièrement anxieux taisent leurs peurs, comme si elles étaient entachées de la même représentation de l'affect refoulé.

Cette dénégation de la peur est de plus en plus fréquente à mesure que l'enfant avance dans la latence et bien des enfants n'acceptent d'en parler qu'au passé".

Au terme de ce survol de quelques problèmes posés par l'éclosion de la phobie, il faut parler de la régression qui a accompagné sa décompensation chez nos deux malades.

Elle a été rapide chez Daniel "J'ai couvé ma maladie pendant trois mois, nous écrit-il" ; un peu plus lente chez Jean-Pierre qui essayait de s'en sortir en fuyant dans le délire. Mais c'est finalement pour eux deux dans la mise au lit et le refus de tout contact humain qu'elle a trouvé son expression.
Freud écrit dans "Inhibition, Symptôme et angoisse" :
"Ce qui complique la symptomatologie de l'agoraphobe c'est que le moi ne se borne pas à renoncer à quelque chose : pour ôter à la situation son caractère dangereux il faut davantage : en effet il se livre en plus à une régression temporelle vers l'enfance (dans le cas extrême jusqu'à l'époque où le sujet était dans le corps maternel, protégé contre les dangers qui le menacent aujourd'hui) et le supplément à la renonciation apparait comme la condition à laquelle on peut s'épargner la renonciation elle-même".

Pourquoi Jean-Pierre a-t-il été amené de surcroit à délirer ? Cette question nous semble devoir rester partiellement sans réponse en particulier eu égard au manque de renseignements sur sa première enfance. Mais il est certain qu'il y a chez lui une carence de toute image du père et de sa fonction que l'on ne retrouve pas chez Daniel. Daniel a eu à s'opposer à un père certes faible, alcoolique et oedipien, mais diantrement présent à travers sa symptomatologie. C'est un père qui aime son fils d'un amour narcissique, le dénigrant à la maison aux yeux de la mère, mais le portant aux nues quand il parle au voisinage. Il n'est pas un phallus suffisant pour que Daniel y trouve appui contre sa mère dévorante, mais cependant assez présent pour éviter l'effondrement du système symbolique qui conditionne la psychose.
Il n'empêche qu'au terme de leur chemin le long du gouffre de la carence paternelle Jean-Pierre et Daniel rencontrent la même angoisse, inassumable, momifiante.

- A propos de deux agoraphobes -

- C O N C L U S I O N S -

Nous avons dès l'introduction annoncé la "couleur nosologique" de nos patients au début de leur traitement.

Que Jean-Pierre soit dans un état psychotique grave au moment de sa prise en charge semble difficilement discutable.

L'indication d'une hospitalisation en milieu psychiatrique, d'un traitement neuroleptique incisif aurait pu à juste titre être portée.

La difficulté de trouver un établissement adapté vu l'âge du malade, trop jeune pour être accepté dans un service d'adultes, trop âgé pour les services d'enfants, trop régressé pour les centres d'adolescents, ont incité faute de mieux, à tenter une intervention uniquement psychothérapique au domicile.

Pour Daniel la situation était d'emblée différente, il y avait échec des traitements médicaux classiques, d'autre part le disgnostic de névrose phobique grave semblait pouvoir se défendre, avec quelques réserves pronostiques dues à des éléments dissociatifs qui faisaient envisager une possibilité certaine d'évolution schizophrénique en cas d'échec du traitement psychothérapique.

Ces notions diagnostiques, nous les avions avant le début du traitement. Au cours de celui-ci nous nous sommes efforcés de les oublier de manière à n'être nullement influencé par des a priori et à centrer toute notre attention sur la relation qui s'établissait.

Ayant pris quelque recul nous avons tenté une comparaison méthodique de certains éléments fondamentaux issus du matériel mis à jour par le traitement.

La résistance à la guérison était forte chez Daniel comme chez Jean-Pierre et se manifestait sous des formes diverses de résistance à la psychothérapie. Mais la résistance de Daniel était une résistance de type névrotique, c'est-à-dire qu'elle permettait un déplacement sur la personne du psychothérapeute. Elle pouvait être analysée dans le transfert. Chez Jean-Pierre par contre la resistance avait souvent lieu hors du cadre du transfert, et les interventions manquaient de prise.

Nous avons souvent eu l'impression avec Daniel de lutter contre le roc d'une structure, c'est-à-dire d'un mode de fonctionnement spécifique du désir, de la relation à autrui. L'interprêtation était alors entièrement récupérée dans cette dynamique particulière, vidée de son sens, les mots seuls en subsistaient, manipulés sur un mode magique.

Ce qui butait contre le roc chez Daniel était comme "un coup dans l'eau" pour Jean-Pierre.

C'est-à-dire que si dans un cas nous avons rencontré une structure, ce qui nous semble définir la névrose, son absence dans l'autre nous a semblé spécifiquement psychotique.

Daniel et Jean-Pierre se refusent à être désirants ; mais les moyens d'éviter l'apparition du désir sont différents, beaucoup plus élaborés chez Daniel qui devance son désir par son symptôme. L'angoisse phobique se manifeste chez lui sous la forme du vertige, de la nausée, au moment précis où il allait être le sujet de son désir.

La distance entre Jean-Pierre et son désir est beaucoup plus grande ; autant Daniel verbalise avec prolixité ce qui se passe en lui au moment où il va désirer quelque chose, autant il est impossible à Jean-Pierre d'expliquer pourquoi telle rencontre ou telle action lui est insupportable. Ce que le "je suis timide" recouvre lui demeure encore ineffable bien que les progrès au niveau de la position agoraphobique aient été chez lui parfois plus rapides que chez

Jean-Pierre. Autant l'évolution symptomatique a été compréhensible et dialectorale chez l'un, autant il faut le reconnaître, elle est restée énigmatique chez l'autre.

Une étude linguistique comparative aurait été intéressante, elle aurait certainement montré un usage extrêmement personnel des signifiants chez Jean-Pierre, une certaine pauvreté syntaxique ainsi qu'un usage préférentiel de termes neutres et indéfinis.
Par contre l'association préférentielle au niveau du signifiant plutôt qu'au niveau du signifié que nous avons remarqué chez de nombreux malades psychotiques, n'était pas chez lui patente.
Le discours de Daniel est beaucoup plus riche et montre lui une nette aliénation au niveau du signifiant, c'est-à-dire que le fil directeur de ses associations est beaucoup plus souvent conduit par le mot lui-même que par la chose qu'il représente, ce qui traduit sans doute la précarité de son accès au système symbolique, système de médiation, et par là sa difficulté "à prendre de la distance" vis-à-vis de ses objets.

La principale différence que nous avons perçue dans notre étude systématique, a été au niveau de l'image du corps, unifiée chez Daniel, précaire chez Jean-Pierre. Par contre il nous a semblé que l'angoisse phobique ne différait que quantativement chez l'un et chez l'autre, qu'elle était au-delà d'une angoisse de castration, qu'elle mettait en jeu plus que l'attribution ou la disparition d'un "avoir" virtuel, qu'elle était une angoisse d'anéantissement au niveau de l'existance.
Dans cette angoisse Daniel se raccroche à son corps, ultime objet de médiation, qui par la mise en scène de ses symptômes, lui permet de se percevoir comme existant grâce au regard de l'autre.
Jean-Pierre ne dispose pas d'une image du corps suffisante pour exister encore au théâtre quand la vie réelle ne lui laisse plus de place.

Il nous semble que plus l'angoisse phobique pourra être interprêtée facilement en termes d'angoisse de castration, plus nous mettrons en évidence une structure de base névrotique.

Par contre une astructuration psychotique conduira à des angoisses d'anéantissement, souvent exprimées sous la forme d'angoisse de morcellement.

Ces relations entre l'angoisse de castration et l'image du corps, nous les avons retrouvées dans un article de M. Mannoni :

"Nous nous trouvons donc dans une dialectique où dominent les rapports du sujet avec son propre corps. Ces rapports du sujet à une image du corps partielle ou une image du corps unifiée de lui-même dessinant son type de relation à l'Autre et permettant de comprendre le rôle que jouera pour lui d'une façon permanente le fantasme de castration dans son expérience.

S'il n'a pas de lui-même une image du corps unifiée, il sera toujours face au désir de l'Autre, en danger d'être rejeté parce qu'identifié en totalité à l'objet de la demande".

"Objet" de la demande de l'autre dans sa vie quotidienne, le phobique a sa chance de se situer comme sujet dans la "demande de rien" de son thérapeute.

C'est dès le début du traitement, lors de la prise en charge, qu'il est de première importance de préciser les rôles, les malades régressifs induisant facilement par leur présentation passive, leur thérapeute, à assumer un rôle trop actif qui risque d'étouffer leur demande personnelle.

Une prise en charge trop activiste effraie le sujet régressif en réveillant ses anciennes angoisses et amène souvent une rupture du traitement, ou l'installe dans un statut objectal lors d'une manipulation vers "la guérison" contre laquelle il luttera de la formidable inertie de sa passivité.

Cette attitude n'implique pas un laisser-faire de la part du thérapeute, ainsi qu'on l'imagine parfois.

Dans le cas de Jean-Pierre la difficulté a été constamment d'obtenir un matériel symbolique suffisant pour servir de médiateur dans des échanges que notre malade voulait réduire à un jeu de présence et d'absence dans le réel, me permettant ou non d'entrer chez lui, de voir ou non son visage, d'entendre ou non sa voix, me permettant ou non de repartir, mais se refusant à meubler de lui-même mes instants de présence.
Pour Daniel au contraire le matériel symbolique ne manquait pas mais il ne me donnait aucune possibilité d'y participer, me refusant la parole, oubliant toute intervention qui troublait le monologue circulaire de son discours.

"La poésie véritable est incluse dans tout ce qui affranchit l'homme de ce lien épouvantable qui a le visage de la mort".

P. Eluard - L'Evidence Poétique

C'est à cette dimension "poétique" qu'il m'a souvent semblé faire recours pour débloquer des situations où la compétence scientifique trouvait sa limite.

Est-ce là sortir du champ médical ?
L'objet de la médecine est de préserver la vie ; "l'ensemble des forces qui luttent contre la mort".
L'adversaire nous laisse le choix des armes.
Une reconnaissance de l'homme en tant que gestalt, sur l'harmonie de laquelle règne le Désir, et non en tant que corps morcelable, permet de situer la Parole comme un élément fondamental de la thérapeutique.

- B I B L I O G R A P H I E -

P. Aulagnier — Remarques sur la structure psychotique - 1 - Ego spectaculaire, corps phantasmé et objet partiel.
"La Psychanalyse" - 1964 - N° 8 - P.U.F. P.47 à 68

L. Beirnaert — L'expérience fondamentale d'Ignace de Loyola et l'expérience psychanalytique.
"La Psychanalyse" - 1957 - N° 3 - P.U.F. P.111 à 138

L. Bonnafé — "27 opinions sur la psychothérapie"
Paris 61 - Collection "La raison" - Editions Sociales
P.39 à 66

D. Cooper — Psychiatrie et antipsychiatrie
Paris 70 - Collection "Le champ Freudien" - Seuil

F. Dolto — - Personnologie et images du corps
"La Psychanalyse" - 1961 - N° 6 - P.U.F. P.59 à 92
- Psychanalyse et pédiatrie
Paris 61 - Bonnier - Lespinaut
- Le cas Dominique
Paris 71 - Collection "Le champ Freudien" - Seuil

R. Diatkine et J. Simon — Etude nosologique à propos de trois cas de phobies chez des adolescentes
"La Psychiatrie de l'Enfant" 1966 - Vol IX - Fasc. 2
P.289 à 340

P. Eluard — "L'évidence poétique"
L'ARC - N° 37 - Documents 34 - Intervention surréaliste -

S. Freud — - Obsessions et phobies
Revue neurologique - Paris 1895 - T. III - Masson
(GW - I - 346)
- Le petit Hans
In "Cinq Psychanalyses" - Paris 1954 - P.U.F.
- Métapsychologie - Paris 1968 - Collection Idées N.R.F.
- Inhibition, Symptôme et Angoisse - Paris 1968 - P.U.F.

H. Grivois — Comment aborder la classification pratique des maladies psychiatriques
Progrès Médical - 1970 - Fev - 98 (3 - 4) P.47 à 51

G.W.F. Hegel — Phénomènologie de l'Esprit - Aubier Montaigne

Hesnard — Phobies et névroses phobiques - Paris 61 - Payot

J. Hyppolite — Phénomènologie de Hegel et psychanalyse
"La Psychanalyse" - 1957 - N° 3 - P.U.F. - P.17 à 32

L. Irigary — Communication linguistique et speculaire
"Cahiers pour l'analyse" - 1966 - N° 3 - Mai-Juin - Seuil

R. Jakobson — Essais de linguistique générale - Paris 68 -
Collection arguments - Ed. du Seuil

M. Klein — Essais de psychanalyse - Paris 68 - Payot

J. Lacan — - Ecrits - Paris 66 - Seuil
- "La relation d'objet et les structures freudiennes
Seminaire 1957 - Notes prises par J.B.Pontalis - Inedit

P. Lagache — Fascination de la conscience par le moi
"La Psychanalyse" - 1957 - N° 3 - P.U.F. - P.33 à 46

R.D. Laing
- The divided self - Londres 1965 - Pelican Book
- Soi et les autres - Paris 1971 - Gallimard
- Noeuds - Paris 1971 - Stock

S. Leclaire
- Psychanalyser - Paris 68 - Seuil
- Démasquer le réel - Paris 71 - Seuil

J. Mallet — Contribution à l'étude des phobies
"Revue française de psychanalyse" - 1956 - Vol. XX - T. 2

M. Mannoni
- Fantasme et corps fatasmé
"La Psychanalyse" - 1964 - N° 8 - P.U.F. P.69 à 84
- L'enfant sa maladie et les autres - Paris 67 - Seuil
- Le psychiatre son fou et le psychanalyste - Paris 70 - Seuil
- L'enfant arriéré et sa mère - Paris 64 - Seuil

S. Nacht — Particularités techniques du traitement des phobiques
In "Guérir avec Freud" - Paris 1971 - Payot - P. 71 à 73

G. Pankow
- Images du corps et structures familiales chez les psychotiques
"Information psychiatrique" - 1972 - Fév. Vol. 48 - N° 2
P. 157) 166
- L'Homme et sa psychose - Paris 69 - Aubier Montaigne

F. Perrier et C. Cenac — Névrose phobique
Encyclopédie Médico-Chirurgicale 37.360 6 A IO

F. Perrier	Phobies et hystérie d'angoisse
	"La Psychanalyse" - 1956 - N° 2 - P.U.F. - P. 165 à 196
G. Rossolato	Essais sur le symbolique - Paris 1969 - Gallimard
Société Psychanalytique de Paris	"L'hystérie d'angoisse chez l'homme"
	Colloque de S.P.P. Juillet 1968
	Revue Française de Psychanalyse - 1969
	Tome XXXIII - N° 4 - P.U.F.
J. Vallès	L'Enfant
B. Vian	L'Arrache Coeur - Paris 1968 - Le livre de poche

T A B L E d e s M A T I E R E S

- Introduction

I - A propos de la nosographie

il - Introduction historique à la notion de phobie

lll - Exposé clinique : Jean-Pierre

IV - Exposé clinique : Daniel

V - Images du corps :

a) Jean-Pierre

b) Daniel

VI - L'angoisse phobique

a) L'angoisse de castration

b) Le sujet et l'objet de la phobie

VII - Genèse de la phobie

- Conclusion

- Bibliographie